

Tuulia Rotko  
Tapani Kauppinen  
Niina Mustonen  
Eila Linnanmäki

# Kuulun kaventajat

## Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti

RAPORTTI



Tuulia Rotko, Tapani Kauppinen, Niina Mustonen, Eila Linnanmäki

# Kuilun kaventajat

Kansallinen terveyserojen kaventamisen  
toimintaohjelma 2008–2011  
loppuraportti



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

RAPORTTI 41/2012

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

*Kannen kuva:* Tapani Kauppinen

*Taitto:* Raili Silius

ISBN 978-952-245-670-0 (painettu)

ISSN 1789-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-671-7 (pdf)

ISSN 1789-0089 (pdf)

URN:ISBN: 978-952-245-671-7

[http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-245-671-7](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-671-7)

Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy  
Tampere 2012

# Lukijalle

Terveyserojen kaventaminen on ollut pitkään yhteiskunnallisen keskustelun ja terveyspolitiikan keskiössä. Sosiaali- ja terveysministeriön alaiset laitokset ovat vuodesta 2004 alkaen toteuttaneet THL:n koordinoimana Teroka-hanketta, jossa on selvitelty tereyseroja, niiden syitä ja kaventamismahdollisuuksia. Tämä muodosti osaltaan taustaa sille, että sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2008 erillisen toimintaohjelman sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi vuosille 2008–2011. Ohjelman tavoitteena oli vaikuttaa yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen. Toimintaohjelma pyrki tukemaan terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat olivat yleisiä. Lisäksi toimintaohjelmalla pyrittiin parantamaan sosiaali- ja terveystalveluiden tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Toimintaohjelmassa esitettiin 15 toimenpidettä, jotka voitiin aloittaa ja osin myös toteuttaa kuluneen hallituskauden aikana. Tiedossa oli, että useimmat ohjelman tavoitteet toteutuvat kuitenkin vasta pidemmällä aikavälillä, eikä yhdessä hallituskaudessa voida poistaa sosiaaliryhmien väliseen epätasa-arvoon liittyviä perustavanlaatuisia kysymyksiä.

Toimintaohjelman väliraportissa "Kapeneeko kuilu" vuonna 2011 kuvattiin tarkemmin kunkin tavoitteen ja toimenpiteen toteuttamista. Tuossa raportissa todettiin, että tavoitetasolla terveyserojen kaventaminen oli kirjattu keskeisiin asiakirjoihin ja ohjelman tavoitteiden toteuttamiseksi oli asetettu työryhmiä ja hankkeita. Todettiin, että paljon oli tehty, mutta sosioekonomiset terveyserot pysyvät suurina. Johtopäätös tästä oli, että toimintaohjelman kaltaisilla työvälineillä on vaikea katkaista yhteiskunnan eriarvoistumiskehitystä, joka enemmänkin lisää kuin vähentää terveyseroja.

Tähän loppuraporttiin on koottu valittuihin indikaattoreihin perustuvia tietoja toimintaohjelman aikana tapahtuneesta terveyden eriarvoisuuden kehityksestä. Käytökelpoisia indikaattoreita ei ollut kovin monia, , toimijoillakin oli ehdottaa vain hyvin hajanaisia mittareita. Useissa toimenpiteissä vaikutukset eivät ole vielä nähtävissä, toiminta on vasta alkanut tai vaikuttavuus niin hidasta, ettei se mahdu toimintaohjelman hallinnolliseen aikaan.

Loppuraportissa kuvataan myös lyhyesti, mitä eri toimenpiteiden toimeenpanossa on tehty. Näiltä osin raportti täydentää väliraportin kuvausta, eikä pyri esittämään täydellistä kuvausta toimintaohjelman hankkeista ja toimista. Raportissa tuodaan ennen kaikkea esiin toimenpiteiden toteuttajien oma ääni ja ajatukset siitä, mitä jatkossa pitäisi tehdä. Toimenpiteiden vastuuhenkilöt ovat kertoneet omia näkemyksiään tavoitteiden toteutumisesta, toteuttamisesta, oppimisesta, yhteistyöstä ja jatko-

työn tulevaisuudesta. Ja tuodaan esiin konkreettisia kehittämisspolkuja ja laajempia toiminnan kohdistamisen suuntia. Loppuraportti vahvistaa – jälleen kerran – yhteistyön merkityksen.

Nyt käsillä oleva toimintaohjelman loppuraportti sulkee yhden hallinnollisen toimintakaaren. Työ kuitenkin jatkuu. Toimintaohjelman toteuttamisessa on selkeästi noussut esiin se, ettei sosioekonomisista terveyseroista voi puhua ilman, että puhutaan väestöryhmittäisistä hyvinvointieroista. Nykyisessäkin hallitusohjelmassa mainitaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamispyrkimykset. Samalla kun tarvitaan terveystoliittisia politiikkatoimia spesifisten terveyserojen syiden suhteen, esim. alkoholi- ja tupakkapolitiikassa, tarvitaan laajempia ja vaikuttavia yhteiskuntapoliittisia toimia terveyden yleisten determinanttien suhteen.

Helsingissä, toukokuussa 2012

Pekka Puska

Pääjohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

# Tiivistelmä

Tuulia Rotko, Tapani Kauppinen, Niina Mustonen, Eila Linnanmäki. Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 41/2012. 64 sivua. Helsinki 2012.

ISBN 978-952-245-670-0 (painettu); ISBN 978-952-245-671-7 (pdf)

Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011 määriteltiin ensi kertaa konkreettiset toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiselle. Tämä loppuraportti kokoaa toimintaohjelman toimenpiteiden toteutumisen sekä toimenpiteiden vastuutahojen kokemukset ohjelman onnistumisesta ja ehdotukset jatkotoimista.

Toimintaohjelman toimenpiteistä vastaavien tahojen itsearviointi toteutettiin loka-marraskuussa 2011 lomakekyselynä. Itsearviointiin sisältyi arvio toimenpiteen toteutumisesta, siihen vaikuttavista tekijöistä ja arvio toimenpiteen vaikutuksesta eri-arvoisuuden kaventumiseen. Lisäksi vastaajia pyydettiin kuvaamaan oppimisessa ja yhteistyössä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia sekä mielikuvaa tulevaisuudesta. Itsearviointiaineistoa täydennettiin muilla kysely- ja haastatteluaineistoilla, joissa käsiteltiin sosiaaliryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamismahdollisuuksia eri ministeriöissä sekä kartoitettiin hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen nykytilannetta ja tarpeita aluetasolla ja kunnissa.

Toimintaohjelmaan sisältyi 15 toimenpideotsikon alle paljon erilaisia osakokonaisuuksia, joista suuri osa on toteutunut suunnitelmien mukaisesti. Positiivisia tuloksia toimeenpanossa on saavutettu;

- Toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa terveyttä ja hyvinvointia edistämisen on otettu esiin ja toimintaa on kehitetty
- Toimenpiteet ammattitautien ehkäisemiseksi ja toimialakohtaisen työterveyshuollon kehittämiseksi ovat toteutuneet suunnitelmien mukaisesti
- Ehkäisevän päihdetyön osaamisen ja rakenteiden vahvistaminen on kokonaisuutena ottaen onnistunut hyvin
- Tupakkatuotteiden veroa on nostettu kahdesti vuosien 2009 ja 2010 alussa
- Edullista ja ravitsemussuosittelun mukaista ruokapalvelujen saatavuutta parannetaan erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekeillä
- Kaste-ohjelman toimenpiteiden 1-5 osalta tavoite on toteutunut hyvin. Kaste-ohjelmassa on käynnistetty hankkeita, joissa terveyserot on huomioitu
- Joitakin opintojen keskeyttämistä ennaltaehkäiseviä toimintamalleja on kokeiltu ja niitä kehitetään edelleen
- Maahanmuuttajien terveystutkimus on edennyt hyvin
- Terveys- ja hyvinvointiosoitimien määrittelyn tavoitteet ovat toteutuneet pääosin suunnitelmien mukaisesti

- Erillisselvityksiä on tehty sairaalapalvelujen käytöstä, terveydenhuollon keinoin estettävissä olevasta kuolleisuudesta ja Lasten ja nuorten väestöryhmittäisestä terveysseurannassa (LATE).

Toimintaohjelman toimenpiteiden laajassa käyttöönotossa ja terveyserojen kaventamisen näkökulman sisällyttämisessä niihin entistä terävämmiin on vielä parannettavaa.

Terveyserot eivät ole kuitenkaan havaittavasti kaventuneet toimintaohjelman kaudella, joiltain osin ne ovat jopa kasvaneet tai niiden kehityksestä ei ole seurattutietoa. Monien toimenpiteiden vaikutukset saattavat näkyä vasta viiveellä. Valitut toimenpiteet eivät ole välttämättä eriarvoisuuden kaventamisnäkökulmasta riittävän kattavia, oikein kohdennettuja ja riittävän laajasti terveyserojen syytekijöihin vaikuttavia.

Terveyserojen kaventaminen oli kuitenkin näkyvästi esillä hallituskauden aikana julkisuudessa ja poliittisessa keskustelussa. Nykyisen hallitusohjelman kirjaukset osoittavat, että kaventaminen on yleisesti hyväksytty yhteiskunnallinen tavoite. Vastuutahojen mukaan toimintaohjelman myötä tapahtui myös oppimista, ilmiön ymmärrys lisääntyi ja yhteistyötarpeet ongelman ratkaisemiseksi nousivat laajasti tietoisuuteen.

Jatkossa terveyserojen kaventaminen vaatii vielä laaja-alaista sitoutumista ja kaventamistoimintaan osallistumista yhteiskunnan eri toimijoiden osalta, toimien kohdentamista terveyserojen taustalla oleviin syytekijöihin sekä parempaa käsitystä vaikuttavista keinoista.

**Avainsanat:** terveyserot, toimintaohjelma, eriarvoisuuden kaventaminen

# Sammandrag

Tuulia Rotko, Tapani Kauppinen, Niina Mustonen, Eila Linnanmäki. Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008–2011 – slutrapport. [Kuulun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti.] Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 41/2012. 64 sidor. Helsingfors 2012.

ISBN 978-952-245-670-0 (tryckt); ISBN 978-952-245-671-7 (pdf)

I det nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008–2011 fastställdes för första gången konkreta riktlinjer för verksamheten för att minska de socioekonomiska hälsoskillnaderna. Denna slutrapport är ett sammandrag av resultaten av de åtgärder som vidtagits inom ramen för handlingsprogrammet samt de ansvariga aktörernas erfarenheter av programmets slagkraft och förslag till vidare åtgärder.

I oktober–november 2011 genomfördes en självutvärdering i form av ett frågeformulär bland alla aktörer som ansvarar för åtgärderna inom handlingsprogrammet. Denna inbegrep en utvärdering av genomförandet av respektive åtgärd och faktorer som påverkat detta samt en bedömning av på vilket sätt åtgärden har bidragit till att minska ojämlikheten. Därtill ombads respondenterna beskriva eventuella förändringar som skett i fråga om lärodomar och samarbete samt sin uppfattning om framtiden. Självutvärderingsmaterialet kompletterades med andra enkäter och intervjuer, som dels behandlade olika ministeriers möjligheter att minska de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och välbefinnande, dels kartlade nuläget och behovet att minska hälsoskillnaderna på regional och kommunal nivå.

De 15 åtgärderna i handlingsprogrammet innefattade många olika delprojekt, och en stor del av dessa har verkställts enligt planerna. Verkställandet har gett positiva resultat;

- Främjandet av hälsa och välbefinnande vid andra stadiets yrkesläroanstalter har lyfts fram och verksamheten har utvecklats.
- Åtgärderna för att förebygga yrkessjukdomar och utveckla den branschspecifika företagshälsovården har utfallit enligt planerna.
- Målet att stärka kunskandet och strukturerna inom preventivt alkohol- och drog arbete har som helhet uppnåtts.
- Skatten på tobaksprodukter har höjts i två etapper, i början av 2009 respektive 2010.
- Tillgången till förmånlig mat som följer näringsrekommendationerna förbättras i synnerhet på små arbetsplatser och för personer som har rörligt arbete.
- I fråga om åtgärderna 1–5 i Kaste-programmet har målet uppnåtts utan problem. Inom Kaste-programmet har man startat projekt som uppmärksammar hälsoskillnaderna.



- Några verksamhetsmodeller avsedda att förebygga avbrytande av studier har prövats och de utvecklas vidare.
- Undersökningen om invandrarnas hälsa har framskridit väl.
- Målen för fastställandet av indikatorer för hälsa och välbefinnande har uppnåtts huvudsakligen enligt planerna.
- Separata utredningar har gjorts gällande utnyttjandet av sjukhustjänster, dödlighet som kan förhindras med hjälp av hälso- och sjukvård samt uppföljningen av barns och ungdomars hälsa i olika befolkningsgrupper (s.k. LATE-projektet).

Rum för förbättring finns fortfarande när det gäller att ta i bruk handlingsprogrammets åtgärder på bred front och att i dessa allt tydligare beakta målet att minska hälsoskillnaderna.

Hälsoskillnaderna har dock inte minskat märkbart under handlingsprogrammets gång; i vissa avseenden har de tvärtom ökat eller också saknas uppgifter om hur de har utvecklats. I fråga om många åtgärder kan effekterna synas med fördröjning. De valda åtgärderna är inte nödvändigtvis tillräckligt omfattande och rätt riktade när det gäller målet att minska ojämlikheten. I många fall påverkar de inte i tillräckligt stor utsträckning de orsaker som ligger bakom hälsoskillnaderna.

Frågan hur hälsoskillnaderna kan minskas behandlades emellertid klart och tydligt i den offentliga och politiska debatten under regeringsperioden. I det nuvarande regeringsprogrammet tas frågan upp som ett allmänt godkänt samhälleligt mål. Enligt de ansvariga aktörerna gav handlingsprogrammet också många lärdomar och större insikt i fenomenet, och behovet av samarbete för att problemet ska kunna lösas blev uppenbart.

Målet att minska hälsoskillnaderna kräver fortsättningsvis att olika aktörer i samhället engagerar sig på bred front och medverkar i åtgärderna för att målet ska uppnås samt att åtgärderna riktas till de bakomliggande orsakerna. Dessutom behöver man komma till bättre insikt om vilka metoder som är verkningsfulla.

**Nyckelord:** hälsoskillnader, handlingsprogram, minskning av ojämlikhet

# Abstract

Tuulia Rotko, Tapani Kauppinen, Niina Mustonen, Eila Linnanmäki. National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011, final report. [Kuulun kaventajat: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 – loppuraportti.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 41. 64 pages. Helsinki, Finland 2012.

ISBN 978-952-245-670-0 (printed); ISBN 978-952-245-671-7 (pdf)

The National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011 was the first programme to lay down practical guidelines for reducing socio-economic health inequalities. This final report summarises the implementation of the measures proposed in the Action Plan and comments from the parties responsible on how well the programme succeeded and what further action should be taken.

A questionnaire was circulated among the parties responsible for the measures in the Action Plan in October and November 2011 for self-assessment. This self-assessment involved giving an estimate of how a particular measure had been implemented, what factors had influenced it and what impact that measure had had on reducing health inequalities. Respondents were also asked to describe any changes that had occurred in learning and co-operation and their outlook for the future. The self-assessment material was augmented with other surveys and interviews exploring the potential for reducing health inequalities between social groups through measures undertaken by various ministries and the current situation and needs for reducing health inequalities at the regional and local government levels.

The Action Plan had 15 headings and a large number of component projects, the majority of which have been implemented as planned. Positive outcomes have been achieved:

- the promotion of health and wellbeing has been highlighted at upper secondary vocational education institutions, and related activities have been improved;
- measures to prevent occupational diseases and to improve sector-specific occupational health care were implemented as planned;
- the strengthening of competence in and structures of substance abuse prevention has on the whole been very successful;
- the tax on tobacco products has been raised twice, at the beginning of 2009 and 2010;
- the availability of affordable meal services consistent with nutrition recommendations is being improved particularly at small workplaces and for those with mobile jobs;
- the objectives of measures 1 to 5 in the Kaste programme have been well attained; projects have been launched in the Kaste programme where health inequalities are taken into account;

- certain operating models designed to prevent dropouts from studies have been experimented with and are being further developed;
- health studies among immigrants have progressed well;
- objectives in the determination of health and wellbeing indicators have largely been attained as planned; and
- separate studies have been conducted on the use of hospital services, mortality preventable by health care means and the monitoring of the health of children and adolescents by population group (LATE).

There is still scope for improvement in the deployment of the measures in the Action Plan and in mainstreaming the health inequality reduction angle.

Health inequalities have not been noticeably reduced during the Action Plan period; if anything, they have increased in some contexts, or else there is no monitoring data for evaluation. Many of the measures are such by their nature that their impact will not manifest itself immediately. The measures selected are not necessarily comprehensive enough for addressing health inequalities, or appropriately aimed, or sufficiently addressing the root causes of health inequalities.

On the other hand, the reduction of health inequalities was prominently included in public and political debate during the past electoral period. The current Government Programme demonstrates that reducing health inequalities is a generally accepted social goal. According to the parties responsible for implementing the Action Plan, much was learned, understanding of the phenomenon increased, and public awareness increased of the co-operation needed to tackle these problems.

Reducing health inequalities in the future will require broad-based commitment and participation by various parties in society, the focusing of measures on the root causes of health inequalities and a better understanding of what measures are effective.

**Keywords:** health inequalities, action plan, reducing inequalities

# Sisällys

Lukijalle . . . . .	3
Tiivistelmä . . . . .	5
Sammandrag . . . . .	7
Abstract . . . . .	9
<b>1 Johdanto. . . . .</b>	<b>13</b>
1.2 Aineistot . . . . .	14
<b>2 Tavoitteet ja toimenpiteiden toteutuminen . . . . .</b>	<b>16</b>
2.1 Toimenpiteiden toteutuminen . . . . .	16
Toimenpide 1: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa . . . . .	16
Toimenpide 2: Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria niillä ammatti- ja toimialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä. . . . .	17
Toimenpide 3: Nostetaan alkoholiveroa siten, että kulutus laskee vuoden 2003 tasolle tai alle . . . . .	18
Toimenpide 4: Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön osaamista ja rakenteita . . . . .	19
Toimenpide 5: Nostetaan tupakkaveroa ja päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta . . . . .	19
Toimenpide 6: Edistetään edullisten ja ravitsemussuositusten mukaisten ruokapalvelujen saatavuutta erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekevillä joukko-ruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tekemien toimenpide-ehdotusten mukaisesti . . . . .	20
Toimenpide 7: Terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen pohjalta käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi . . . . .	21
Toimenpide 8: Sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään ja kohdennetaan väestöryhmittäisen terveysseurannan osoittaman tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen perusteella . . . . .	22
Toimenpide 9: Kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana selvitetään kuntoutuksen kohdentumista ja toiminnan kehittämisessä otetaan huomioon kuntoutettavien sosioekonominen asema . . . . .	22
Toimenpide 10: Kunnat vakiinnuttavat työttömien työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut käynnissä olevien kokeilujen pohjalta . . . . .	122

Toimenpide 11:	Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalveluja . . . . .	23
Toimenpide 12:	Määritellään terveys- ja hyvinvointiosoitimet, tehdään seurannan kannalta välttämättömät rekisteritietojen yhdistämistoimet ja kehitetään sähköisiä jakelujärjestelmiä . . . . .	23
Toimenpide 13:	Tarpeellisten erillisselvitysten määrittely ja toteuttaminen . . . . .	23
Toimenpide 14:	Jatketaan ja vahvistetaan terveyserotutkimusta sekä kehitetään terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arviointia . . . . .	24
<b>3</b>	<b>Prosessiarviointi toimenpiteiden toteuttamisesta. . . . .</b>	<b>25</b>
3.1.	Toimintaohjelman toimenpiteitä edistäneitä ja estäneitä asioita . . . . .	25
3.2.	Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen. . . . .	25
3.3.	Toimintaohjelma on virittänyt uudenlaista yhteistyötä . . . . .	26
3.4.	Oppimista on tapahtunut yksilö- ja organisaatiotasolla . . . . .	27
<b>4</b>	<b>Toimenpiteiden onnistuminen. . . . .</b>	<b>29</b>
4.1	Arviointi tavoitteiden saavuttamisesta . . . . .	29
4.2	Suomen toimintaohjelman onnistuminen ulkomaisiin ohjelmiin verrattuna . . . . .	31
<b>5</b>	<b>Miltä nyt näyttää ohjelmakauden päätyttyä . . . . .</b>	<b>33</b>
5.1	Poliittinen tahtotila erojen kaventamiseen on kasvanut . . . . .	33
5.2	Tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja. . . . .	34
5.3	Tiedosta ymmärtämiseen ja tiedon hyödyntämiseen . . . . .	35
5.4	Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä . . . . .	36
Lähteet	. . . . .	38
Liitteet	. . . . .	39

# 1 Johdanto

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM 2008) määritteli toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Erillinen toimintaohjelma katsottiin tarpeelliseksi, koska terveyserot olivat osoittautuneet vaikeaksi terveys- ja yhteiskuntapoliittiseksi ongelmaksi. Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveyspolitiikan tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan, mutta tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Toimintaohjelman tavoitteena oli sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Ohjelmassa pyrittiin vähentämään terveyseroja siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa.

Toimintaohjelman valmistelu aloitettiin sosiaali- ja terveysministeriössä syksyllä 2006 pääministeri Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän toimeksiannosta. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma toteutti osaltaan terveyspolitiikkaa pitkällä aikavälillä linjaavan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta, jonka mukaan ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä.

Poikkihallinnollinen kansanterveyden neuvottelukunta asetettiin ohjelman toimeenpanon phjausrymäksi. Valmistelussa kuultiin laajaa joukkoa asiantuntijoita eri hallinnonaloilta, tutkimuslaitoksista, yliopistoista, kunnista, terveyspalvelujärjestelmästä sekä kansalais- ja ammattijärjestöistä. Ohjelmaa laadittaessa käytiin läpi terveyserojen kaventamisen laajaa ja monitoimijaista kenttää. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden laajempia taustoja ja perusteluja aihealueittain on esitetty toimintaohjelman kahdeksassa taustamuistiossa. Taustamuistioissa on esitetty tähän ohjelmaan kirjattujen toimenpiteiden lisäksi myös muita toimenpide-ehdotuksia. (STM 2008.) Toimintaohjelman tavoitteet, toimenpiteet ja vastuutahot on esitetty tämän loppuraportin liitteessä 1.

Toimintaohjelmaa toteutettiin pääosin pääministeri Vanhasen II (2007–2010) ja sitä jatkaneen pääministeri Kiviniemen (2010–2011) hallitusten aikana. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma toimeenpani osaltaan pääministeri Vanhasen II hallitusohjelman tavoitteita edistää terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Toimintaohjelma kytkettiin hallituksen käynnistämään Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan. Terveyserojen väheneminen on ollut tavoitteena myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (Kaste I). (STM 2008.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemassa toimintaohjelman väliraportissa Kapeneeko kuilu? (Rotko ym 2011) tarkasteltiin, mitä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta keskeisiä toimenpiteitä Suomessa oli tehty käynnissä olevan hallituskauden aikana erityisesti kiinnittäen huomiota terveyden sosiaalisiin määrittäjiin kohdistuviin toimenpiteisiin. Toimintaohjelman toteutu-

mistilanne vuoden 2010 lopussa on koottu väliraportin liitteeseen. Useita työryhmiä oli perustettu pohtimaan terveyserojen kaventamiseen liittyviä uusia ehdotuksia ja lakiuudistuksia oli. Hanketyötä oli olemassa varsin paljon. (Rotko 2011, 91) Systemaattista tarkastelua toimintaohjelman toimenpiteiden toteutumisesta tai vaikutuksista ei kyseessä olevassa tilannekatsauksessa tehty, koska monet toimista olivat vasta käynnistyneet tai edelleen kesken.

Tämä on loppuraportti Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmasta (2008–2011). Raportissa kuvataan toimintaohjelman eri toimenpiteisiin nimettyjen vastuutahojen omia kokemuksia ja näkemyksiä toimintaohjelman tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumisesta. Tässä itsearviointinnassa vastuuhenkilöiltä kysyttiin mitattavien tulostilainten lisäksi heidän vaikutelmiaan tavoitteiden toteutumisesta, prosessin aikana tapahtuneesta oppimisesta ja yhteistyöstä. Lisäksi vastuuhenkilöt pohtivat tavoitteen toteutumiseen vaikuttavia muita tekijöitä sekä jatkotoimenpiteiden tarvetta sosioekonomisten erojen kaventamiseksi. Niistä toimintaohjelman toimenpiteistä, joista se on ollut mahdollista, on esitetty tavoitteen toteutusta kuvaavat indikaattorit. Useimmissa tapauksissa indikaattoritietoa ei kuitenkaan ollut käytettävissä ja toimintaohjelman vastuuhenkilöt ovat esittäneet erilaisia mittaamistapoja ja – mahdollisuuksia.

Raportin pohdintaluvussa arviointiaineistoa täydennettiin muilla aineistoilla, jotta saatiin kuva nykyisen sosioekonomisten terveyserojen kaventamistoiminnan toimintaympäristöstä ja tulevaisuuden haasteista. Muita aineistoja on saatu kolmesta kesän ja syksyn 2011 aikana eri ministeriöissä, sekä kunta- ja alueatasolla tehdyistä kyselyistä ja haastatteluista. Näissä aineistoissa käsitellään sosiaaliryhmien välisen hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamismahdollisuuksia eri ministeriöissä sekä kartoitettiin hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen nykytilannetta ja tarpeita alueatasolla ja kunnissa.

## 1.2 Aineistot

Toimintaohjelman vastuutahojen itsearviointi toteutettiin loka-marraskuussa 2011 lomakekyselynä. Jos sama vastuuhenkilö mainittiin useamman toimenpiteen tai tavoitteen toteuttajana, häntä pyydettiin täyttämään itsearviointilomake erikseen kustakin toimenpiteestä. Lomakkeessa vastaajaa pyydettiin arvioimaan sosioekonomisten väestöryhmien välistä eriarvoisuutta kaventavaa työtään organisaatiossaan, kaventamistyön lopputulosta sekä mielikuvaa tulevaisuudesta. Itsearviointiin sisältyi arvio toimenpiteen toteutumisesta, siihen vaikuttavista tekijöistä ja arvio toimenpiteen vaikutuksesta eriarvoisuuden kaventumiseen. Näiden lopputulosarvioiden lisäksi vastaajia pyydettiin kuvaamaan oppimisessa ja yhteistyössä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia. Itsearviointiin liittyi siis sekä lopputulos- että prosessi- arvioinnin piirteitä (Seppänen-Järvelä 2003, Patton 2002, Sinkkonen & Kinnunen 1994). Itsearviointilomake on tämän loppuraportin liitteenä 1.

Mikäli vastuutaho oli vaihtanut työpaikkaa tai työtehtävää, lomake lähetettiin hänen esimiehelleen tai työterveyslaitoksessa ja sosiaali- ja terveysministeriössä toimintaohjelman yhteyshenkilöille, jotka selvittivät toimenpiteen nykyisen vastuutahon. Lomakkeita lähetettiin yhteensä 82 kappaletta 63 henkilölle, kahden henkilön jäädessä tavoittamattomiin. Itsearviointilomakkeita palautettiin yhden karhukierroksen jälkeen 44 kappaletta. Osassa toimintaohjelman toimenpiteistä ei ollut määritelty vastuutahoja ja osa toimintaohjelman toimenpiteistä tai niiden sisällä olleista toimista jäi tarkastelun ulkopuolelle vastausten puuttuessa.

Ministerikierroksessa eri ministeriöiden edustajat ovat pohtineet omaa rooliaan ja toimiaan sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi. Työskentely toteutettiin syksyllä 2011 teemakeskusteluina opetus- ja kulttuuriministeriössä, ympäristöministeriössä, maa- ja metsätalousministeriössä, työ- ja elinkeinoministeriössä sekä valtiovarainministeriössä. Teemakeskustelut toteutettiin kunkin ministeriön tiloissa niin, että ministeriön edustajat saivat vapaasti edeten käsitellä oman ministeriönsä sisältöalueita, yhteistyösuhteita sekä kaventamiseen liittyviä toimintaolosuhteita. Keskustelumateriaali jaoteltiin keskustelijoiden eroja kaventavien työtehtävien, kaventamistyötä edistävien ja vaikeuttavien näkemysten sekä yhteistyön ja muutostarpeen teemoihin. Teemakeskustelut kestivät tyypillisesti kaksi tuntia, ja vähimmillään keskustelemassa oli kaksi (YM) ja enimmillään viisi (VM) ministeriön viranhaltijaa.

Kunta- ja aluetason kyselyillä kartoitettiin hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen nykytilannetta ja tarpeita. Osana EU:n komission ja jäsenvaltioiden kolmivuotista (2011-2013) yhteistoimintahanketta (Equity Action) toteutettiin kesäkuussa 2011 Regional network -osahankkeeseen liittyvä aluekysely. Suomessa kysely kohdistettiin aluehallinto- ja aluekehitysviranomaisille: AVEille, ELYille ja maakuntaliitoille. Mahdollisesti ajankohdasta johtuen vastauksia saatiin niukasti (n=8). Equity Action -yhteistyöhankkeessa edistetään terveys- ja hyvinvointierojen huomiointia poikkihallinnollisessa päätöksenteossa ja kehitetään välineitä tietopohjan ja tiedonkulun parantamiseen, yhteydenpidon tehostamiseen avaintoimijoiden kanssa sekä aluetoimijoiden tukemiseen. Regional network -osahanke keskittyy puolestaan erityisesti aluetason työhön.

Edellä mainittua aluekyselyä mukaillen vastaavia kysymyksiä tiedusteltiin kunnilta. Kuntakysely toteutettiin marraskuussa 2011 koko maan kattavasti erikokoisista kunnista muodostetulle otokselle (n=106). Kysely osoitettiin kunnan eri toimialoista vastuullisille tahoille ja vastauksia saatiin 52. Liitteessä 2 on näiden kyselyiden lomakkeet.



## 2 Tavoitteet ja toimenpiteiden toteutuminen

### 2.1 Toimenpiteiden toteutuminen

Itsearviointin mukaan toimenpiteet ovat osin toteutuneet (ks. tarkemmin liite 3). Arviointi oli monen tavoitteen kohdalla vaikeaa, koska toiminta on usein vielä kesken, sille ei ole osoitettavissa mittaria tai mittari mittaa hyvin kapeaa tavoitteen osaluuetta. Toimenpiteen toteutumisen mittareiksi ehdotettiin toimintaa kuvaavia mittareita, kuten käyntimääriä tai koulutusten toteutumista ja ilmiön kokonaisvolyymia kuvaavia mittareita, joissa ei sosioekonomisia eroja tarkasteltu.

Lopputuloksen lisäksi itsearvioinnissa kysyttiin myös kaventamiseen liittyviä yhteiskunnallisia reunaehtoja ja prosessin aikana tapahtunutta muutosta toimintatavoissa.

Toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamista, vaikutuksia ja etenkin vaikutavuutta on ennenaikaista vielä arvioida. Toimintaohjelman tavoitteina oli vähentää terveyseroja seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen.
- Tukemalla terveellisiä elintapoja yleisesti ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä.
- Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Toisaalta käytettävissä ei ole sellaisia mittareita tai indikaattoreita, että toimenpiteiden vaikutuksia voi kuvata. Näitä mittareita ei oltu määritelty toimintaohjelman käynnistyessä. Yksi toimintaohjelman toimenpiteistä oli indikaattoreiden kehittäminen. Vain muutamasta tavoitteesta on olemassa tavoitteen toteutumista tai jotain tavoitteen osaluuetta kuvaava tieto.

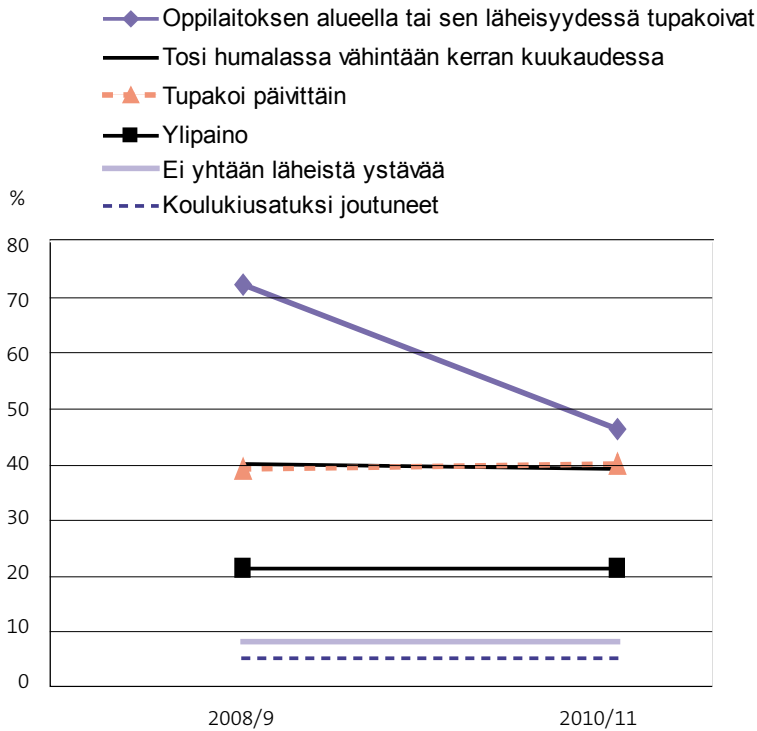
#### **TOIMENPIDE 1: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa**

Opintojen keskeyttämistä ennaltaehkäisevät toimintamallit toimivat ja niitä kehitetään edelleen.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen toisen asteen oppilashuollossa on otettu esiin ja toimintaa on kehitetty muutamissa hankkeissa.

Mittareilla ei vielä ole osoitettavissa hyvinvoinnin ja terveyden kohentumista.

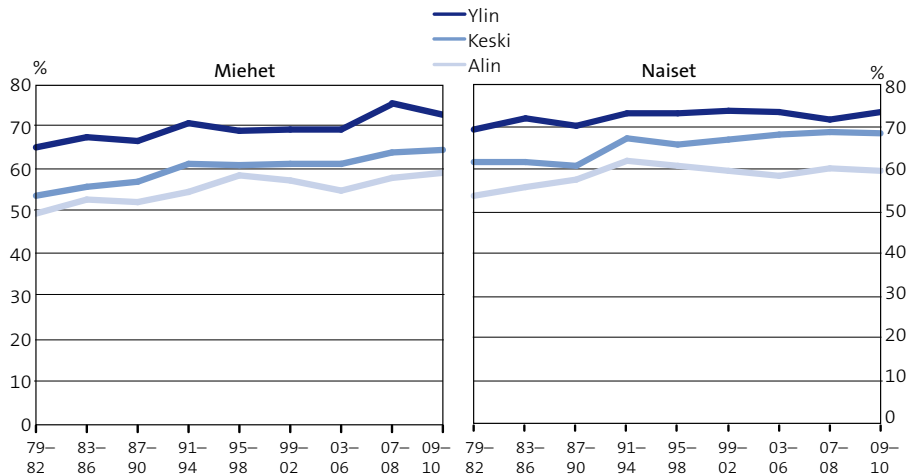
Tupakointi oppilaitoksen alueella tai sen läheisyydessä on vähentynyt oppilaitoksen alueella kieltävän lain myötä.



**Kuvio 1.** Ammattiin opiskelevista oppilaitoksen alueella tai sen läheisyydessä tupakoivien, tosi humalaan vähintään kerran kuussa juovien, päivittäin tupakoivien, ylipainoisten, koulukiusatuksi joutuneet ja ei yhtään läheistä ystävää osuus. (THL, Kouluterveyskysely 2011).

**TOIMENPIDE 2: Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria niillä ammatti- ja toimialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä.**

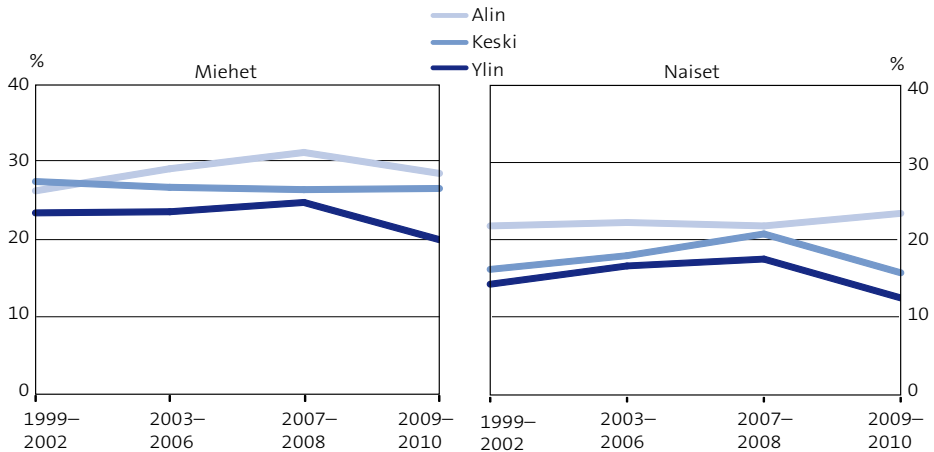
Kaikki suunnitelmassa mainitut toimenpiteet ammattitautien ehkäisemiseksi ja toimialakohtaisen työterveyshuollon kehittämiseksi ovat toteutuneet suunnitelmien mukaisesti. Mittareilla ei voi osoittaa terveyserojen kaventumista.



**Kuvio 2.** Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien 25–64-vuotiaiden ikävakioiden osuus suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1979–2010. (THL AVTK –tutkimus).

### TOIMENPIDE 3: Nostetaan alkoholiveroa siten, että kulutus laskee vuoden 2003 tasolle tai alle

Kokonaiskulutus vuonna 2003 oli 9,4 litraa, 2007 10,5 litraa ja vuonna 2011 9,7–9,8 litraa 100% alkoholia asukasta kohti. Koulutusryhmien väliset erot humalahakuisessa juomisessa ovat kasvaneet.



**Kuvio 3.** Humalahakuisesti juovien 25–64-vuotiaiden ikävakioiden osuus suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1999–2010. (THL AVTK).

#### TOIMENPIDE 4: Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön osaamista ja rakenteita

Toimenpide on kokonaisuutena ottaen onnistunut hyvin. Alkoholiohjelmassa on kehitetty mm. alueellisen koordinaation malli, jonka avulla paikallista päihdehaittoja ehkäisevää ja vähentävää työtä voidaan tukea.

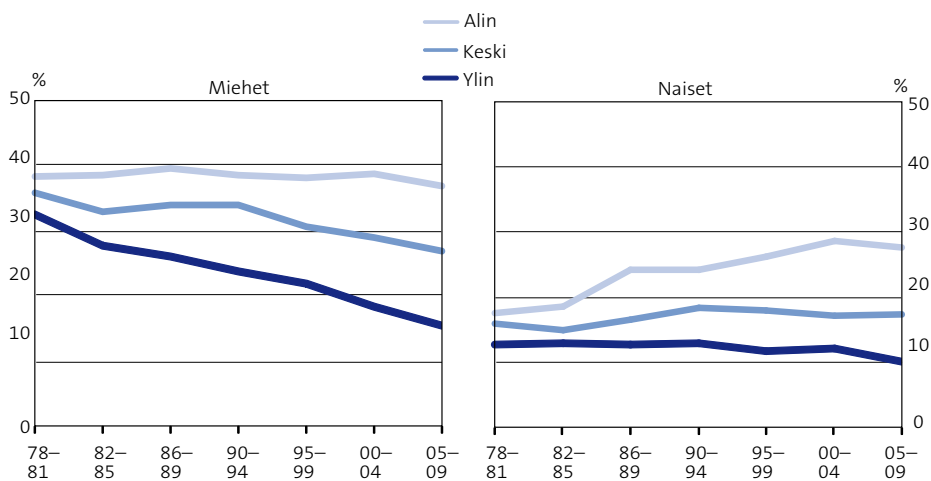
Mini-intervention vastuuhenkilöitä puuttui yli puolessa (61 %) Terveyskeskus-kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista. Pahimmat puutteet näyttävät kohdistuvan työn vastuuttamiseen, johtamiseen ja rakenteisiin. Valtaosassa terveyskeskuksia ei ole oikein minikäänlaista päihdetyön vastuurakennetta. Mikäli vastuuhenkilönä on sairaanhoitaja, ohjaaja, työterveyshoitaja, yhdyshenkilö tai jokin muu suorittava taho, ylimmän johdon vastuu jää pimentoon. (Warsell 2009, 221.)

Edellisissä terveyskeskuskyselyissä 2003 ja 2005 oli varsin vähän kysymyksiä päihdetyöstä. Niiden perusteella ei voi tehdä päätelmiä kehityksen suunnasta (Warsell 2009, 221.)

#### TOIMENPIDE 5: Nostetaan tupakkaveroa ja päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta

Toimenpide toteutui osittain. Tupakkatuotteiden veroa nostettiin vuosien 2009 ja 2010 alussa. Toimenpide tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta ei ole toteutunut, sillä hintalautakunta ei ole hyväksynyt vieroituslääkkeiden korvattavuutta.

Tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat kasvaneet.



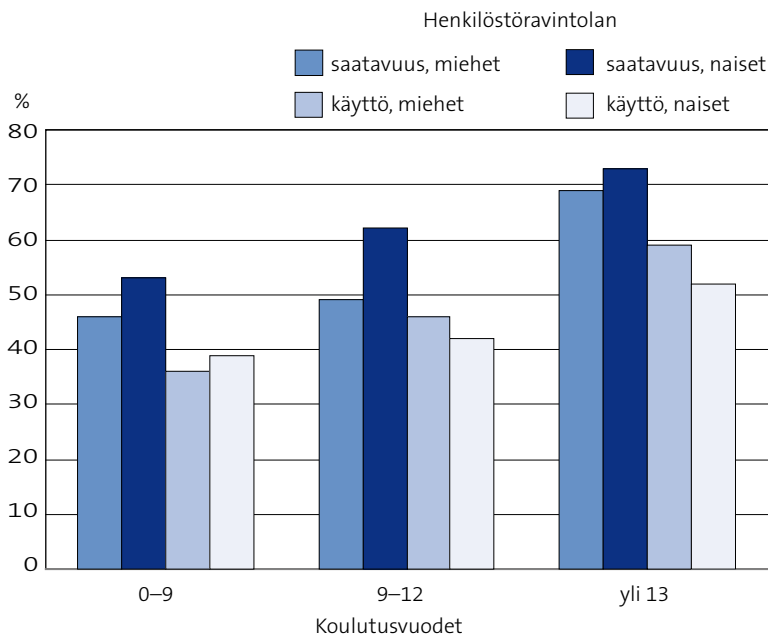
Kuvio 4. Päivittäin tupakoivien 25–64-vuotiaiden ikävakioitu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1978–2009. (AVTK (Helakorpi & Laitalainen ym. 2010)).

**TOIMENPIDE 6: Edistetään edullisten ja ravitsemussuositusten mukaisten ruokapalvelujen saatavuutta erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekevillä joukko-ruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tekemien toimenpide-ehdotusten mukaisesti**

Ruokatottumuksien muuttamiseen tähtäävä toiminta toimenpide-ehdotusten mukaisesti on aloitettu esimerkiksi huoltoasemilla.

THL:n tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen soveltaminen joukkoruokailun järjestämisessä on toistaiseksi harvinaista. Ravitsemussuosituskriteerejä oli kuitenkin käytetty muutamassa tarjouspyynnössä, mikä osoittaa niiden olevan käyttökelpoisia. Suositeltavat ravitsemuslaadun kriteerit olivat vain harvoin (10 %) koko aterian kattavia ja ehdottomia. Yksittäisiltä ateriansilta suositeltavaa ravitsemuslaatua edellytettiin useammin. Vain joka kymmenennessä tarjouspyynnössä edellytettiin, että ruokapalvelun tuottaja ohjaa asiakkaitaan suositeltaviin valintoihin, kuvaa malliaterian ja merkitsee suositeltavat valinnat ruokalistaan ja linjastoon. (Vikstedt & Raulio ym. 2011.)

Ruokapalveluiden saatavuus ja käyttö vaihtelee koulutusryhmittäin vuonna 2007 (Raulio 2007).



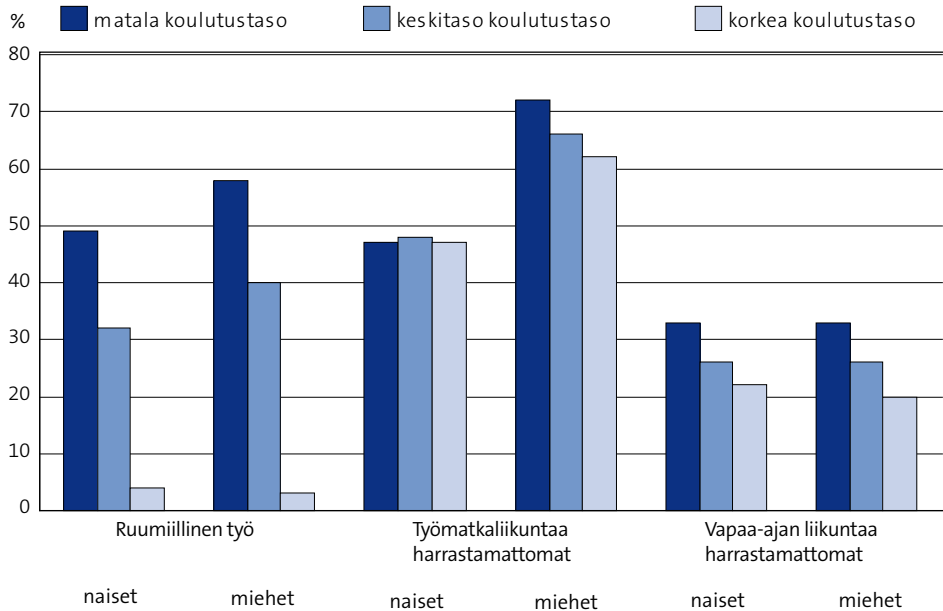
**Kuvio 5.** Henkilöstöravintolan saatavuus ja käyttö koulutuksen ja sukupuolen mukaan vuosina 2005-2007 AVTK-aineiston mukaan. (Raulio 2010).

**TOIMENPIDE 7: Terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen pohjalta käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi**

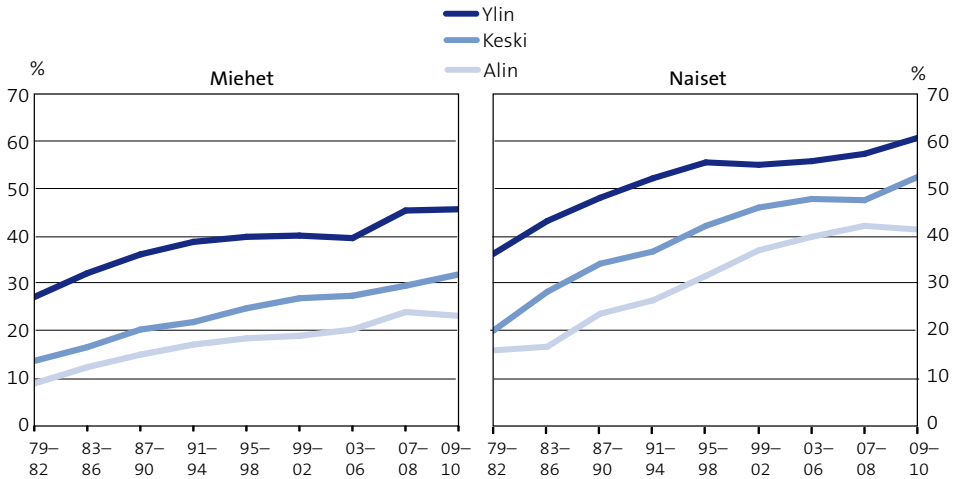
Sosioekonomiset erot liikunnan harrastamisessa ovat suuret.

Toimenpiteen ravintoa koskevien toimien toteutumista on edistetty useilla toimilla valtioneuvoston periaatepäätöksen toimintasuunnitelman mukaisesti.

THL:n Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimuksen mukaan ravintotottumusten sosioekonomiset erot ovat säilyneet.



**Kuvin 6.** Naisten ja miesten sosioekonomiset erot liikunnan harrastamisessa (AVTK 2002, H2000, FINRISK2002). (Mäkinen 2010).



Kuvio 7. Päivittäin kasviksia syövien 25–64-vuotiaiden ikävakioitu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1979–2010. (AVTK).

**TOIMENPIDE 8: Sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään ja kohdennetaan väestöryhmittäisen terveysseurannan osoittaman tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen perusteella**

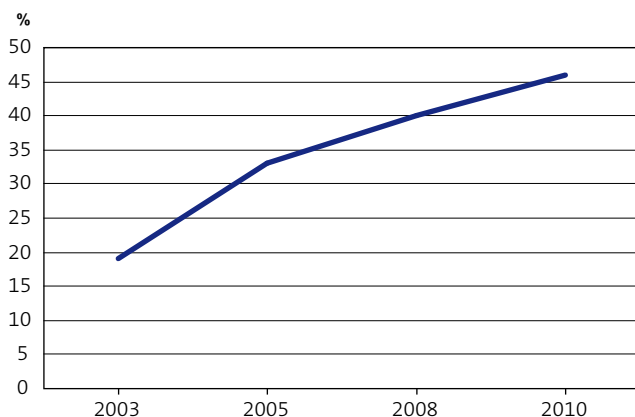
Kaste-ohjelman toimenpiteiden 1-5 osalta toimenpide on toteutunut hyvin. Kaste-ohjelmassa on käynnistetty hankkeita, joissa terveyserot on huomioitu. Toimiva terveyskeskus –ohjelmassa ei ole systemaattista seurantaa toimenpiteen toteutumisesta.

**TOIMENPIDE 9: Kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana selvitetään kuntoutuksen kohdentumista ja toiminnan kehittämisessä otetaan huomioon kuntoutettavien sosioekonominen asema**

Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntoutusasiain neuvottelukunnan käynnistämä maamme kuntoutuslaitoksia koskeva selvitystyö (Ihalainen & Rissanen 2010) on valmistunut 20.1.2010.

**TOIMENPIDE 10: Kunnat vakiinnuttavat työttömien työkykyä ylläpitävät terveyspalvelut käynnissä olevien kokeilujen pohjalta**

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten osalta on liian aikaista sanoa vielä toimenpiteen toteutumisesta. Eri arvioiden mukaan noin puolet kunnista järjestää työttömien terveystarkastuksia.



**Kuvio 8.** Määräaikaista terveystarkastuksia työttömille ilmoittaneiden terveyskeskusten osuus prosentteina. (THL Terveyskeskuskysely).

#### **TOIMENPIDE 11: Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalveluja**

THL:n maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus on kerännyt tietoa ja sen tulokset valmistuvat 2012. Useissa kunnissa on käynnissä kehittämishankkeita sosiaali- ja terveyspalveluiden parantamiseksi.

#### **TOIMENPIDE 12: Määritellään terveys- ja hyvinvointiosoittimet, tehdään seurannan kannalta välttämättömät rekisteritietojen yhdistämistoimet ja kehitetään sähköisiä jakelujärjestelmiä**

Toimenpide on toteutunut pääosin suunnitelmien mukaisesti terveys- ja hyvinvointiosoittimien määrittelyssä. THL:n Hyvinvointikompassi -hankkeen Avainindikaattorit avautuvat toukokuussa 2012, tosin ilman sosioekonomisia väestöryhmiä.

THL:n vetämä terveyserojen seurannan kehittämisryhmä on tehnyt aloitteen Tilastokeskuksen koulutus- ja ammattitietojen liittämistä terveysseurannan tärkeimpiin rekisteriaineistoihin, mutta aloite ei ole johtanut käytännön toimenpiteisiin.

Toimenpide on toteutunut suunnitelmien mukaisesti sähköisten jakelujärjestelmien osalta. Terveystemme.fi -sivusto on käytettävissä. THL:n alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus on pilotoitu ja sitä kehitetään edelleen.

#### **TOIMENPIDE 13: Tarpeellisten erillisselvitysten määrittely ja toteuttaminen**

Erillisselvityksissä Sairaalanpalvelujen käytöstä, terveydenhuollon keinoin estettävissä olevasta kuolleisuudesta ja Lasten ja nuorten väestöryhmittäisestä terveysseurannassa (LATE) on edetty.



**TOIMENPIDE 14: Jatketaan ja vahvistetaan terveyserotutkimusta sekä kehitetään terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arviointia**

Terveyserotutkimuksen vahvistamisen tavoitteen toteutumista on vaikea arvioida. Ennakoarviointi on hitaasti vahvistumassa, mutta terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arvioinnista ei ole olemassa seurantatietoa.

## 3 Prosessiarviointi toimenpiteiden toteuttamisesta

Mitattavien tulosten lisäksi itsearvioinnissa haluttiin tietää toimintaohjelman toteuttamista edistäneitä ja estäneitä asioita sekä vastaajien pohdintaa siitä, kuinka toimenpide on vaikuttanut eriarvoisuuden kaventumiseen yleensä. Kyselyssä myös ohjattiin miettimään toteuttamisen aiheuttamia muutoksia vastaajien toimintaympäristössä ja organisaatiossa. Näitä muutoksia kysyttiin yhteistyön ja oppimisen käsitteillä.

### 3.1 Toimintaohjelman toimenpiteitä edistäneitä ja estäneitä asioita

Kysyttäessä kunkin toimenpiteen toteutumista edistäneitä ja estäneitä asioita, edistäviä tekijöitä mainittiin enemmän ja monipuolisemmin kuin estäviä tekijöitä. Edistäviä tekijöinä mainittiin terveyserojen kaventamiselle syntynyt sosiaalinen tilaus ja yhteiskuntapoliittinen keskustelu, jotka ovat tukeneet kaventamistyötä. Toimintaohjelmakaudella toteutetut lainsäädäntöhankeet sekä muut samansuuntaiset hanke- ja ohjelmatyöt ovat tukeneet toimintaa. Pitkäjännitteisyys, yhteistyö, johdon sitoutuminen ja resurssointi olivat positiivisia seikkoja. Yllättävä maininta oli mainonnan käyttö toimenpiteiden toteuttamisessa. Mainonta viittaa sosiaalisen markkinoinnin idean ja elementtien käyttöön kaventamistyössä.

Terveyserojen kaventamista estäneet maininnat keskittyivät vähäisiin resursseihin ja asian vaikeuteen. Vaikeus konkretisoitui esimerkiksi mainintoihin täydennyskoulutuksen puutteesta tai vaikeudesta päästä täydennyskoulutukseen. Toiminnan liiallinen keskittyminen vain tiettyihin ihmisryhmiin nähtiin toimenpiteiden toteutumisen esteenä. Nämä havainnot olivat usein yhteydessä vähäisten resurssien suuntaamiseen. Samalla nähtiin, että toimintaa tulisi jatkossa ulottaa myös uusille väestöryhmille. Toisten toimenpiteiden toteutumisen esteenä johdon vähäinen sitoutuminen nähtiin myös haittaavana tekijänä sekä uudentyypisten innovaatioiden puute. Jatkossa toimintaan kaivataan siis tietoisuuden kasvattamisen ja resurssien lisäksi uusia asian jäsentelykehikkoja, toimintamalleja ja työvälineitä.

### 3.2 Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen

Vastuutahojen itsearvioinnin mukaan toimintaohjelmassa tehty työ on monin tavoin vaikuttanut eriarvoisuuden kaventumiseen, vaikka tarkkoja yksiselitteisiä mittareita ei huomioiden todentamiseksi olisikaan. Näitä vaikutuksia olivat tietoisuuden kas-

vattaminen, toimintatapojen ja palveluiden kehittäminen sekä vaikuttaminen elintapoihin.

Ensiksi toimenpiteiden toteuttamistyö on tuottanut tietoa ja näkemyksiä eriarvoisuudesta. Vastaajien mukaan terveyseroasia on noussut entistä paremmin esille. Tietoisuutta on pystytty lisäämään esimerkiksi maahanmuuttajien ja työttömien tarpeista. Toiminnan myötä on saatu täysin uutta tietoa erityisesti pienten lasten sosioekonomisista terveys- ja hyvinvointieroista. On siis havahduttu tarvitsemaan ja kerätty tietoa osaväestöistä keskiarvojen lisäksi.

Toiseksi toimintaohjelman myötä on voitu kehittää toimintatapoja ja menetelmiä. Toiminta on tuottanut työkaluja ja menetelmiä sekä jäsentänyt esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ilmiötä ja toteutusta kunnissa. Yhä nähtiin tärkeänä saada terveyserotutkimuksen tulokset käyttöön ja hyödynnetyksi.

Kolmantena keskeisimpänä huomiona mainittiin palveluiden kehittämiseen liittyvät vaikutukset. Näitä olivat esimerkiksi yhteistyö, aktiivinen varhainen hoito, tavoitettavuuden parantaminen ja ohjaus palveluihin. Elintapoihin eri keinoin vaikuttaminen nähtiin tulokselliseksi, vaikka vaikuttavuutta onkin vaikea arvioida. Esimerkiksi työssä jaksamisen tukeminen ja riskitekijöiden ehkäiseminen, alkoholin kulutus ja mahdollisuus harrastaa liikuntaa ja syödä terveellisemmin olivat tekijöitä, joihin toimintaohjelman avulla on vaikutettu.

### 3.3. Toimintaohjelma on virittänyt uudenlaista yhteistyötä

Eri hallinnonala- ja ammattirajat ylittävä yhteistyö on olennaista terveyserojen kaventamisessa terveyserojen taustalla olevien sosiaalisten määrittäjien ja syy-seuraus-tekijöiden ymmärtämiseksi. Uudenlaisia yhteistyömuotoja kuvattiin kaikilla tasoilla ja aloilla. Maininnat kattoivat oppilaitoksen moniammatillisista työryhmistä alue-tason toimijoiden toimintaan työttömien terveystarkastusten tai joukkoruokailun kehittämisen yhteydessä. Samoin ministeriöiden väliseen yhteistyöhön on löytynyt uusia ratkaisuja. Poliitiikkaohjelmien on yleisesti katsottu lisänneen poikkihallinnollista työotetta (Aarnikka & Perho ym. 2011, 7).

Yhteistyön kehittämiseen liittyviä mainintoja oli itsearvioinnissa runsaasti. Vaikka toimintaohjelman toimenpiteissä ei välttämättä suoraan mainittu yhteistyön lisäämistä tavoitteena, oli toimenpide kirjattu niin, että se vaati toteutuakseen yhteistyötä. Toimintaohjelman kaudella eniten toimijoiden työskentelyyn vaikuttanut asia on ollut yhteistyön paraneminen. Yhteistyöhön liittyvissä maininnoissa oli useita yhteistyöhön liittyviä avauksia, toimintatapoja tai ehdotuksia tahoista, joiden tulisi olla mukana toimenpiteen toteutumisessa.

Yhteistyön tekeminen liittyy usein suoraan ohjelman toimenpiteeseen. Yhteistyötä on toimintaohjelmassa tehty toimienpiteen toteuttamiseksi tai hanke on pyrkinyt synnyttämään yhteistyötä.

Toimenpiteiden toteutuksessa on etsitty uutta tapaa ratkaista ongelmia, jolloin yhteistyö on nähty yhtenä ratkaisuna. Ongelmat nähdään niin monitahoisina, ettei niitä voi yksin ratkaista ja parhaimmillaan toimijat ovat nähneet aidosti uudenlaista toimintaa, jota he ovat kuvanneet esimerkiksi ilmaisuilla *"uutta yhteistyötä"*, *"neuvotellaan aidosti"*, *"konkreettista, uudenlaista yhteistyötä"*.

Toimintaohjelman itsearvioinnissa mainitut yhteistyötoiminnot voidaan jakaa kolmeen kokonaisuuteen (vert. myös Stähle & Laento 2000)(Axelsson 2002, 14). Ensimmäinen ja eniten mainintoja saava yhteistyön muoto oli yksittäisiä yhteistyötoiminnan muutoksia vahvempia yhteistyörakenteisiin liittyviä toimia. Maininnat liittyivät verkostomaiseen työskentelyyn, konsultaatioyhteistyöhön, työelämälähtöisyyteen tai ministeriöiden väliseen vuorovaikutukseen, (*"Nykyisin alkoholi- ja tupakkaverotuksen muutoksista neuvotellaan aidosti etukäteen"*, *"Konkreettista, uudenlaista yhteistyötä"*, *"Monenlaiset toimijat ovat vahvistaneet yhteistyötä, löytäneet yhteisiä tavoitteita"*).

Toiseksi eniten oli huomioita tiedon välityksestä, tiedon ja osaamisen siirrosta koulutuksessa tai yksittäisen henkilön ammattitaidon käytössä. Yksinkertaisimmillaan tiedon jakaminen liittyi yksittäisen asiantuntijan tiedon siirtoon (*"soitettiin ja pyydettiin meidät mukaan rahoitusohjelmaan"*, *"toimi ohjausryhmän puheenjohtajana"*). Toimintamuotoina saattoi olla myös sisällön tuottaminen, yksittäisten koulutusten järjestäminen tai laajimmillaan yleisen tietoisuuden nosto kampanjoin ja sidosryhmätyöskentelyin.

Kolmas ja vähiten mainittu yhteistyön muoto oli organisaation sisäisen yhteistyön viriäminen tai käyttö. Vastaajien mukaan voitiin lisätä moniammatillisuutta, tutkimuslaitoksen sisäistä tiedon käyttöä tai horisontaalisuutta (*"Talon sisällä on tehty asian tiimoilta yhteistyötä"*, *"Uudenlaista yhteistyötä on syntynyt oppilaitosten sisällä eri oppilaitostoitimijoiden kesken"*).

Yhteistyön kumppaneina mainittiin huomattava määrä erilaisia tahoja. Yhteistyökumppanit valikoituivat työn kohteen mukaan niin, että tutkimuslaitokset ja ministeriöt verkottuvat usein horisontaalisesti ja työn konkretian lisääntyessä paikallisten yhteistyökumppaneiden, kuten kuntien, oppilaitosten tai järjestöjen kanssa. Tietyn tarkkarajaisen työn kohteessa yhteistyökumppanit uudet kumppanit löytyivät palvelujen tarjoajista tai asiakkaan ympärillä toimivista muista viranomaisista.

### 3.4 Oppimista on tapahtunut yksilö- ja organisaatiotasolla

Itsearvioinnissa kysyttiin myös oppimisesta. Oletuksena oli se, että toimenpiteitä toteuttavien toimijoiden asenteissa, kokemuksissa tai arvoissa tapahtuu muutoksia toimintaohjelman aikana. Nämä oppimistapahtumat voivat olla hyödyllisiä paitsi toimijoille itselleen, toimintaohjelman lopputuloksen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamistoiminnan suuntaamisen kannalta. Toimintaohjelman aikana tapahtunutta oppimista oli vastauksista kuitenkin vaikea erottaa yleisistä, jo toiminnan

alussa tiedossa olleista huomioista. Vain muutamassa vastauksessa kuvattiin suoraan muutos lähtötilanteeseen.

Oppimisen maininnat on tässä jaettu kolmeen osaan löyhästi perinteisen yksilön ja organisaation välisen oppimisen ja oppimisen syvyyden mukaan (Örtenblad 2005, Argyris & Schön 1978): Ensimmäinen on toimijan kirjaamat omat yksilötasoiset tai työryhmän pohdinnan tuloksena syntyneet päätelmät. Nämä tulevat liittyivät terveyserojen tunnistamiseen, joka oli yllättänyt vastaajan. Maininnat olivat esimerkiksi seuraavanlaisia: *"Tulokset olivat huonommat mitä odotti", "olimme yllättyneitä siitä, että kunnat eivät osoita vastaavaa kiinnostusta ammattiin opiskelevien terveyttä ja hyvinvointia kohtaan, mitä peruskoululaisten ja lukiolaisten hyvinvointia kohtaan", "ryhmä on oppinut paljon ...kaventamisen käytännön toimeenpanosta"*.

Toinen kokonaisuus muodostuu oppimistuloksista, jotka liittyvät organisaatioiden toimintatavoille asetettuihin tavoitteisiin. Nämä maininnat liittyivät useimmin vastuunottoon ja jatkotyön tarpeellisuuteen: *"Palvelut ovat kirjavia, eivätkä kaikilta osin noudata annettuja suosituksia", "Ei saa jättää tuuliajolle, vaan vastuutahot määriteltävä", "terveyskeskuksille tulisi tuottaa samantyyppisiä koulutuspalveja"*. Tähän ryhmään liittyivät myös kokemukset siitä, ettei pelkkä informaatio-ohjaus riitä: *"pelkkä informaatio-ohjaus ei tuo käytäntöön ulottuva vaikutuksia", "tarvitaan lisää ajantasaista tietoa ja vaikuttavia menetelmiä", "koko ajan olisi tarvetta painottaa kohti käytäntöä, miten autamme kuntia tässä työssä", "käytännön toimien käynnistäminen ja tukeminen vaatii huomattavan paljon työtä", "erityisen paljon on tarvetta tiedolle erojen kaventamisen keinoista ja eri toimijoiden roolista ja toimintamahdollisuuksista"*.

Kolmas kokonaisuus koostuu sellaisista maininnoista, joihin liittyy muutos vastaajan oman toimijaorganisaation toiminnassa. Vaikka näitä mainintoja teki vain viisi vastaajaa, niissä näkyy hyvin merkittävää organisaatioiden tasolla tapahtunutta muutosta: *"Haasteena on siirtyä teorian kertaamisesta toiminnan tukemiseen", "edistävän ja ehkäisevän työn näkökulmasta eriarvoisuuden kaventamisessa entisestään on kirkastunut tarve pyrkiä katkaisemaan sukupolvet ylittävän huono-osaisuuden ketju", "palvelujen käyttöeroja koskeva tieto on vaikuttanut terveydenhuoltojärjestelmää käytävään keskusteluun ja miten keskustelu on muuttunut muutamassa vuodessa. Terveidenhuollon haasteet suhteessa oikeudenmukaisuuteen on hyväksytty laajasti", "hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen on yksi kuudesta linjauksesta THL:n strategiassa", "kaventamisen ymmärrys on lisääntynyt... muiden yksiköiden ihmisten mielessä", "oman organisaationi keinoilla ei saada aikaan ratkaisevia muutoksia."*

## 4 Toimenpiteiden onnistuminen

Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveystalouden tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma katsottiin tarpeelliseksi määrittelemään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Terveyserojen kaventamisen tavoitetta ei ole kuitenkaan edelleenkään saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. On todennäköistä, että Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoite ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentymisestä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä ei tule toteutumaan. (Vert. myös terveyden edistämisen ohjelma Aarnikka & Perho ym. 2011, 40).

*”Toimintaohjelma oli aikansa saavutus. Vaikka puutteellinen (mm. terveyssektorikeskeinen) se on silti toiminut kaventamistyön tukena ja pitänyt aihepiiriä poliittisella agendalla. Toimintaohjelman toteutukseen ei osoitettu resursseja (vain vastuutahojen ja käynnissä olevia toimia), jolloin sen konkreettiset vaikutukset jäivät väistämättä melko vähäisiksi.”* (toimenpiteiden vastuutahojen kommentteja)

Ilpo Vilkkumaa (2011) toteaa blogikirjoituksessaan kommentoidessaan toimintaohjelman väliraporttia, että politiikka on ollut toista kuin tieto. Jos tavoitteet olivat hyviä, keinot olivat huonoja. Mutta olivatko tavoitteetkaan hyviä päättäjien mielestä, hän jatkaa epäillen. Korkeissakaan julkisen hallinnon elimissä asetetut hyvät tavoitteet eivät riitä. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan lisäksi aitoa ja laaja-alaista sitoutumista näihin tavoitteisiin ja tehokkaiksi arvioituja käytännön toimia.

### 4.1 Arviointi tavoitteiden saavuttamisesta

Terveyserojen kaventaminen on Suomessa yleisesti hyväksytty tavoite – yleisellä periaatteellisella tasolla. Tavoitteen täsmentäminen ja konkretisointi tuo esiin myös ristiriitoja ja täytyy tehdä valintoja keinoista. Usein tehdään valintoja hyvien asioiden välillä. Toimenpiteiden tulisi lisäksi kyetä muuttamaan erojen syitä ja valittujen toimenpiteiden kohteiden pitäisi olla riittävän merkittäviä, jotta päästäisiin lopputavoitteen toteutumiseen. (Koskinen 1999.)

Toimintaohjelmassa mainitaan, että terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyritään seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen
- Tukemalla terveellisiä elintapoja yleisesti ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä
- Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä

Tavoitteiden saavuttamiseksi valitut toimenpiteet olivat kuitenkin varsin terveyskeskeisiä, mikä ei palvele kovin hyvin ainakaan ensimmäistä päälinjausta. Todellinen poikkihallinnollisuus tai muiden hallinnonalojen mukaan saaminen jäi puutteelliseksi. Jo toimintaohjelman nimi ”Terveyserojen kaventamisen...” on saattanut joidenkin toimijoiden mielestä tarkoittaa sitä, että asia kuuluu pelkästään STM:n hallinnonalalle. Myös ministeriön sisällä toiminta on leimautunut terveystieteille sosiaalipoliittisten toimien jäädessä vähäisemmiksi. Muiden hallinnonalojen toimissa kaventaminen on jäänyt lähinnä aihepiirin nostamiseksi julkiseen keskusteluun. Käytännössä yksi ministeriö ei saa aikaan toimintaa muissa ministeriöissä. Saman kokemuksen kertoivat muut ministeriöt ministeriökierroksen yhteydessä ja samoja ongelmia todettiin olevan terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteutumisessa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 7-8).

Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa oli hyvää pyrkimys vaikuttaa elintapoihin politiikan keinoin ja väestötasolla yksilötason sijaan. Näitä pyrkimyksiä olivat esimerkiksi tupakka- ja alkoholiverotus sekä työpaikkaruokailumahdollisuuksien ja laadun parantaminen (joukkoruokailu).

Suomen toimintaohjelman toimiaikana onnistuttiin muutamissa lainsäädäntöhankkeissa kohdistamaan huomio terveyseroihin vaikuttaviin tekijöihin. Asenteet, tietoisuus ja yleinen ilmapiiri terveyserojen kaventamisen tarpeellisuudesta kasvoi toimintaohjelman toimeenpanon aikana.

Väestöryhmätasolla tapahtuvat terveyden muutokset näkyvät pitkän ajan kuluessa, vaikka toimet olisivat olleet oikean suuntaisia. Terveyserojen kaventaminen vaatii onnistuakseen pitkäjänteistä työtä ja eri sektoreiden välistä yhteistyötä. On puututtava terveyserojen taustalla oleviin sosiaalisiin syytekijöihin ja prosesseihin. Tämä todettiin jo toimintaohjelmassa (STM 2008), mutta tähän ei ohjelman toteutuksessa aivan ylletty. Ongelma indiaattoritietojen ja vaikuttavuustietojen saatavuudesta sekä ohjelman hajanaisesta toteuttamisesta on yhteinen ohjelmatyössä yleisemminkin (Aarnikka & Perho ym. 2011, 7-9).

*”Toimintaohjelman haasteena oli sirpaleisuus. Ohjelmaan on liitetty (päälle liimattu) ja siinä on lueteltu lukuisia toimenpiteitä, joita eri tahot toteuttavat osana perustoimintaansa. Yhteinen näkemys ja vastuunkanto toimijoiden tasolla jäi puuttumaan? Vaikuttavampaa olisi ehkä saada eri tahot yhteisten tavoitteiden taakse, näitä itse kukin toteuttaisi ja edistäisi omilla keinoillaan, mutta kenties uudella ymmärryksellä?”* (toimenpiteiden vastuutahojen kommentteja)

*”Eri toimenpiteet näyttäytyvät samanarvoisena massana, vaikka niiden toteuttamismahdollisuudet ja (kustannus)vaikuttavuus poikkeaisivat huomattavasti toisistaan.”*

*”Niin kauan kuin ohjelman tavoitteita pyritään toteuttamaan hankepohjalla ilman pysyviä rakenteita, muutosten aikaansaaminen on vaikeaa. Terveyserojen kaventamisessa ei ole kysymys tiedottamisesta eikä pelkästään tiedolla vaikuttamisesta.”* (toimenpiteiden vastuutahojen kommentteja)

## 4.2 Suomen toimintaohjelman onnistuminen ulkomaisiin ohjelmiin verrattuna

Englannin strategia terveyserojen kaventamiseksi on ollut systemaattisin kansallinen ohjelma ja parhaiten rahoitettu (yht. 20 miljardia puntaa), huolellisimmin toimeenpantu ja perusteellisimmin seurattu toimintaohjelma verrattuna muiden maiden (esim. Hollanti, Ruotsi, Norja ja Suomi) vastaaviin ohjelmiin. Englannin strategia oli voimassa peräti 13 vuotta yhtämittaisesti ennen kuin poliittinen valta vaihtui. Machenbachin (2011) mukaan Englannin strategia ei saavuttanut omia tavoitteitaan eli 10 prosenttia kaventumista eliniänodotteen ja imeväiskuolleisuuden erossa, koska

- se ei kohdistunut kaikkein keskeisimpiin ongelmiin (ohjelma tuhlassi rahaa toimiin, joilla ei suoraan voi vaikuttaa päätavoitteisiin),
- ei käyttänyt tehokkaita politiikkoja (ei oltu etukäteen arvioitu ja monet osoit-tautuivat tehottomiksi kaventamaan eroa terveysosoittimissa),
- sitä ei toteutettu riittävän laaja-alaisesti väestötason vaikutusten saavuttamiseksi.

Mackenbach (2011) arvioi samassa yhteydessä myös Suomen toimintaohjelmaa. Hänen mukaansa ohjelman heikkoja kohtia ovat:

- vapaaehtoinen osallistuminen (esim. järjestöt, yritykset),
- ei välitavoitteita,
- ei täsmällisesti määriteltyä sitoutumista,
- ei kohdennettua/omaa budjettia,
- ei riittävää seurantaa.

Sekä Englannin strategiassa että Suomen toimintaohjelmassa tavoitteet ja valitut keinot eivät olleet sopusoinnussa. Ainakin Englannissa kunnianhimoisilla tavoitteilla perusteltiin mittavaa strategian toimeenpanoa. Avautuvaa poliittista mahdollisuutta ei haluttu jättää käyttämättä. Kummassakaan maassa ei ollut tiedossa vaikuttavia keinoja terveyserojen kaventamiseksi eikä eri politiikkatoimien tehokkuutta oltu arvioitu etukäteen.

*”Toimintaohjelma sisältää monia keskeisiä avauksia, joita on odotettu vuosikymmeniä. Kuitenkaan toiminnalla ei ole vakiintuneita rakenteita. Rakenteita kuvaa projektein ja hankkein toteutettavat toiminnot, joiden haavoittuvuus on kestävä. Rahoitusrakenteiden toteuttaminen kestävä toimintaa mahdollistavaan suuntaan on taattava. Valittava moniin ohjelmakokonaisuuksiin soveltuvia painopisteitä, joita rahoitetaan kansallisesti ja joihin fokusoidaan. Nyt oli paljon tyhjiä lupauksia ilman resursointia. Lisäksi tutkijoiden mahdollisuudet nosta kipeitä kysymyksiä osaksi tätä keskustelua osoittautui vaikeaksi ohjelman suunnitteluvaiheessa.”* (toimenpiteiden vastuutahojen kommentteja)

Seppo Koskisen mukaan (1999) terveyserojen kaventamisen lopputulostavoitteeseen pääseminen edellyttää mm. tutkimustietoa eroista, kehityksen suunnasta sekä yhteiskunnallista keskustelua. Tämä on saavutettu Suomessa. Tutkimustiedon



tuottamisen tapaa satunnaisen tutkimusrahoituksen avulla kuitenkin itsearvioinnissa kritisoitiin.

*”Tässä käsiteltyjen tavoitteiden päätyminen toteutukseen on huomattavan onnekasta, kun ottaa huomioon että ne ratkaisevilta osin toteutetaan voimakkaasti kilpaillun SA:n rahoituksen turvin. Ei ole mielestäni täysin kestäväällä pohjalla, että osia keskeisestä sosioekonomisia terveyseroja käsittelevästä tietotuotannosta on tällä tavalla satunnaisen tutkimusrahoituksen varassa.”* (toimenpiteiden vastuutahojen kommentteja)

Yleisempien ohjelmatyöhön liittyvien kansainvälisten kokemusten mukaan rahoituksen rinnalla korostuu erillisten politiikkalohkojen yläpuolella, käytännössä pääministerin toteuttama koordinaatio (Vuorela & Osenius ym. 2003, 48). Vielä ei olla riittävän hyvin onnistuttu keskeisten toimijoiden sitoutumisessa, toimenpiteistä päättämisessä ja toimenpiteiden toteuttamisessa. Nämä ovat edellytyksiä muutoksille syytekijöissä, joihin vaikuttamalla päästäisiin lopputavoitteeseen eli terveyserojen kaventumiseen. Esimerkiksi toimintaohjelman valmisteluvaiheessa aktiivisesti toimineet asiantuntijatyöryhmien jatkotyötä ei koordinoitu. Tällöin jäi hyödyntämättä suuri määrä innostusta.

*”Ohjelman implementointi olisi pitänyt selvästi resursoida ja implementaatio viedä määrätietoisesti läpi. Voimavarojen puute on estänyt tehokkaan ohjelman tavoitteiden implementoinnin. Ohjelma ei valitettavasti kuitenkaan lopulta priorisoitunut päätöksenteossa riittävän korkealla jotta sen toteuttamiseen oltaisiin satsattu yhtä intensiivisesti kuin muutamiin muihin kansallisiin ohjelmiin.”*

*”Toimintaohjelmaa olisi pitänyt toteuttaa jämäkämässä organisaatiossa. Tämä on ensimmäinen kerta kun ohjelman julkaisemisen jälkeen joku kysyy, miten tavoitteen toteuttaminen etenee. Tämä tuo mieleen sen, että kun ohjelma saatiin valmiiksi, niin innostus loppui tai ainakaan vastuuhenkilöillä ei enää riittänyt aikaa edes ohjelman etenemisen seurantaan puhumattakaan siitä että olisi fasilitoitu ohjelman toteuttamista.”* (toimenpiteiden vastuutahojen kommentteja)

Lopputavoitteen todentaminen saattaa viedä aikaa, jolloin valittujen toimenpiteiden tehokkuutta voidaan arvioida vain prosessin välivaiheisiin liittyvien tavoitteiden avulla (Koskinen 1999). Tapani Melkaksen (1999) mukaan terveyserojen vähentämisen lopputavoitteeksi riittää suunta. Pääpaino tavoitekehittelyssä tulisi panna näihin väli- ja prosessitavoitteisiin. Terveyspoliittisia välitavoitteita ovat esimerkiksi tietopohjan parantaminen, terveystieteiden ja terveydenhuollon alueella toimivien osaamisen vahvistaminen ja työkalujen kehittäminen.

Mackenbach (2011) ehdottaa, että jatkossa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmille asetettaisiin vähemmän kunnianhimoisia tavoitteita, mutta kohdenne-tumpia (tarkemmin valittuja) toimia tutkimus- ja tietotuotantopohjan vahvistamiseksi. Erityisen tärkeää on toteutumisen ja tehokkuuden arviointi.

## 5 Miltä nyt näyttää ohjelmakauden päätyttyä

### 5.1 Poliittinen tahtotila erojen kaventamiseen on kasvanut

Suomalaisessa yhteiskunnassa näyttää toimintaohjelman aikana tapahtuneen murros, joka näkyy sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen nousemisessa median kiinnostuksen kohteeksi ja mahdollisuutena yhteiskunnalliselle keskustelulle. Sosiaalinen tilaus on alkanut tukea kaventamistyötä. Poliittinen tahtotila näkyy esimerkiksi lainsäädännössä, jossa kesäkuussa 2011 voimaan astunut Terveydenhuoltolaki edellyttää väestöryhmittäisen tiedon keruun kuntalaisten terveydentilasta. Yhteiskunnallisen asenneilmapiirin muutoksen ovat tunnistanee myös terveyden edistämisen politiikkaohjelman arvioijat, eikä ohjelmien vaikutusta voi eritellä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 7–8).

Muutos toiminnassa on myös konkreettinen. Sosioekonomiset hyvinvointi- ja terveyserot on tunnistettu niin monimutkaisiksi ongelmiksi, ettei yksittäinen toimija tai vastuutaho pysty siihen yksin tarttumaan. Toimintaohjelman vastuutahot kuvasivat itsearvioinnissa monipuolisimmin erilaisia yhteistyön kokemuksiaan. *Kaikki yhteistyöhön viittaavat maininnat olivat myönteisiä*, vaikka yhteistyötä ei välttämättä kuvattu helpoksi. Yhteistyö on toiminut uusien näkökulmien avaajana. Tämän raportin kirjoittajien toteuttaman ministeriökierroksen tulokset kertovat myös kasvavasta yhteistyön tarpeesta. Kaikki ministeriöt kokivat siilomaisuuden ongelmana ja ilmaisivat tarpeen lisätä erilaista yhteistyötä. Sektoroitunut toimintatapa on nähty laajemminkin olevan ohjelmatyön yksi onnistumisen este (Ministry of Finance 2010), (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009).

Tarvetta tiedonvälityksen lisäämiselle ja yhteistyörakenteiden kehittämiseksi on paitsi henkilöiden välillä, myös organisaation sisällä. Jatkossa *kannattaakin tukea sellaisten pysyvien rakenteiden syntymistä, jotka edistävät tiedon, kokemuksen ja yhteisen ymmärryksen kasvamista*. Alueatasolla kaventamistyötä tehdään tyypillisesti hankemuotoisena, eri toimijoiden välisenä yhteistyönä. Siitä huolimatta aluetoimijat peräänkuuluttavat laajempaa ja syvempää ylihallinnollista yhteistyötä sekä pysyviä yhteistyörakenteita hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa.

Lisääntyvä yhteistyö haastaa erilaiset kieleen ja kulttuuriin liittyvät kohtaamisen areenat. Toimintaohjelman kaudella painopiste on siirtynyt terveyseroista laajempaan tarkastelukulmaan, jossa myös terveyden sosiaaliset määrittäjät huomioidaan. Voidaan siis puhua hyvinvointi- ja terveyseroista. Huomiota kiinnitetään myös entistä enemmän paitsi lopputulokseen (väestöryhmien väliset terveyserot), myös lopputulokseen vaikuttavien prosessien tunnistamiseen ja täsmällisemmin vaikuttavissa oleviin tekijöihin, syy-seurausketjuihin.

Aluehallinto- ja aluekehittämisviranomaisille suunnatun kyselyn tulokset nostavat esiin laajemman orientaation mahdollisuudet. Terveyserot käsitteenä saattaa määrittää asian terveyssektorin vastuulle, mikäli painotetaan kansansairauksien ehkäisyä. Hyvinvointi- ja terveyseroista puhumalla kiinnitetään huomiota myös terveyden taustatekijöihin, jolloin toimijoidenkin joukko laajenee. Laajempi ymmärrys ja orientaatio, sosiaalisten määrittäjien huomioiminen sitouttaa myös muut kuin terveydenhuollon toimijat kaventamistyöhön.

Näkökulman laajentumisen haasteet konkretisoituvat selkeästi yhteistyössä. Uusien toimijoiden mukaantulo terveyserojen kaventamistyöhön ja yhteistyön lisääntyminen haastaa myös käytettävän kielen. Kunkin toimijan on voitava puhua itselleen tutuilla termeillä ja yhteisen tekemisen kohteen on kasvettava yhteistyön ja yhteisen tutustumisen myötä.

Ministeriökierroksen tuloksena kerättiin eri hallinnonaloilla käytettäviä omaan alaan liittyviä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista koskevia termejä. Esimerkiksi opetushallinnossa puheeksi nousivat hyvä elämä, kasvattaminen, jaksaminen ja hyvinvoinnin oppiminen; ympäristöalalla kansalaisten hyvinvointi koko elämänsäkaareissa, osallisuus, toimintakyky, eriarvoisuus ja köyhyyden poistaminen. Maa-seudusta puhuttaessa keskusteltiin puolestaan yhteisöllisyydestä, hyvinvoinnista, syrjäytymisen estämisestä ja työllisyydestä; työhallinnossa yhteiskunnallisesta eriarvoisuudesta, osallisuudesta työelämässä ja työelämän laadusta sekä Valtiovarainministeriössä sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta ja syrjäytymisestä.

## 5.2 Tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja

Itsearviointin mukaan uuden yhteistyön muodot ovat yksinkertaisimmillaan yksittäisen asiantuntijuuden parempaa hyödyntämistä (konsultointia) ja mahdollisesti organisaation sisäisen yhteistyön viriämistä. Parhaimmillaan vastaajat tunnistivat *piirteitä yhteistyörakenteisiin liittyvistä toimintatarpeista*. Ministeriökierroksella kuultu keskustelu sisälsi piirteitä erityisesti uudenlaisista rakenteellisista ratkaisuista, jotka ovat erilaisia kuin nykyiset ministeriökohtaiset hallinto- ja rahoitusratkaisut. Ministeriökierroksella nousi tarve jo aiemmin kuvatun siilomaisuudesta poiskytkemisen lisäksi muokata johtajuutta ja saada ministeriöistä riippumaton rahoitus ja ohjaus aidosti poikkihallinnollisille toimille.

Toimintaohjelman vastuuhenkilöiden vastauksista nousi yksittäisen tiedon keräämisen ja käytön rinnalle hyvin voimakas *tarve kehittää käytännön toimenpiteitä* hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen työvälineiksi. Vanhojen työkalujen ja toimintamallien on havaittu olevan tehottomia ja siksi uudentyyppisille innovaatioille olisi jatkossa tilausta. Uudet ratkaisut voivat olla vastaajien mukaan prosessien siirtämistä toimintaympäristöstä toiseen, vanhojen toimintaprosessien ulottamista uusiin asiakasryhmiin tai yhteistyöhön liittyen kokonaan uudenlaisten ratkaisujen löytymiseen.

Ministeriökierroksella oli kuultavissa samanlainen keskustelu siitä, että hyviä ratkaisuja on olemassa, mutta eri syistä niitä ei saada käyttöön. Jatkossa tulisikin keskittyä näiden esteiden tunnistamiseen ja niiden poistamiseen. Silloin kun *hyvien käytäntöjen toimimattomuus on monisektorinen ongelma* tai kun siihen liittyy useiden sektoreiden toimijoita, voi paljastua, ettei yhteistyökanavia tai keskusteluyhteyttä ole olemassa. Ongelma voi paljastua esimerkiksi aluehallinnon tasolla niin, että eri valtionhallinnon toimijat ovat eri tavoin toteuttaneet alueellisia palvelujaan tai että ministeriöiden välillä ei ole selkeää tietoa siitä, mitä eri ministeriöt tekevät samaan asiaan liittyen.

Kunnissa, mutta myös aluetasolla *kaivataan työkaluja ja tukea tiedon hyödyntämiseen*. Erityisesti toivotaan keinoja, esimerkkejä ja hyviä käytäntöjä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen tueksi. Kunnissa korostuu palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulma: ennaltaehkäisevien palveluiden vahvistaminen, kuntien välinen palveluiden yhteistuotanto, palveluiden kohdentamisen kysymykset jne. Menetelmien tarpeen kirjo on laaja, eikä siihen tähän mennessä ole kyetty vastaamaan. Toimintaohjelmassa on keskitytty löytämään vastauksia vain muutama kysymyksiin esimerkiksi toisen asteen koulutuksen, työttömien terveystarkastuksen, kuormittavan työn, joukkoruoailun tai tietotuotannon piiristä.

Kaventaja -verkkopalvelu on ollut tätä kirjoitettaessa avoinna puoli vuotta ja siihen on pyritty kokoamaan ajantasainen tieto sosioekonomisista hyvinvointi- ja terveyseroista ja niiden kaventamisesta. Palvelun rajoite on kaventamiseen liittyvän uuden tiedon saatavuus ja palvelimeen kirjoittavien asiantuntijoiden vähäisyys. Verstaistuen ja -oppimisen kannalta erilaisten kokemusten ja esimerkkien kerääminen on jatkossa kuitenkin yhä tärkeämpi tehtävä.

## 5.3 Tiedosta ymmärtämiseen ja tiedon hyödyntämiseen

Tiedon tuotanto ja välittäminen on toimintaohjelman itsearviointinissa korostuneessa asemassa. Samoin ministerikierroksen sekä alue- ja kuntakyselyjen tuloksissa korostuvat monenlaisten tietolähteiden ja ymmärryksen tärkeys. Tieto esiintyy aineistoissa kolmessa muodossa:

- Tieto väestön hyvinvointi- ja terveyseroista
- Ymmärrys ilmiöstä ja sen syistä
- Tieto erojen kaventamisen keinoista ja menetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta.

Pyrkimys numeerisen tiedon tuottamiseen hyvinvointi- ja terveyserojen laajuudesta eri väestöryhmissä on sisältynyt toimintaohjelman tavoitteisiin. THL:n Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (AHT) on pilotoinnin jälkeen laajenemassa kansalliseksi tutkimukseksi. Erilaisia tätä tietoa hyödyntäviä indikaattoripankkeja, kansallisia indikaattoreita ja vertailutietoa on valmiina sekä kehitteillä. Haasteeksi nousee-

kin kootun tiedon ymmärtäminen. *Kansallisten indikaattoreiden ja vertailutiedon saaminen päätöksenteon tueksi on edelleen kesken.*

Tietoa keinoista ja niiden soveltuvuudesta toimintaan sekä ajankohtaiseen päätöksentekoon on edelleen liian vähän. Tämä tuli näkyviin itsearvioinnin maininnoissa, joissa toivottiin menetelmien kehittämistä ja laajentamista uusille aloille. Sama ongelma tuli esiin ministeriökierroksella, jossa informaatio-ohjausta pidettiin riittämättömänä keinona vaikuttaa paikallistasoon. Muutamissa ministeriöissä käytettiin lisäksi suoraa resurssiohjausta.

Kunnissa on tarve toimien vaikuttavuuden arvioinnille ja erityisesti *tarve kustannustehokkuuden arvioimiseksi*. Ongelma kärjistyy tehtäessä ennakoarviointia erilaisten päätösvaikutusten vaikuttavuudesta. Kustannustietoisuutta on olemassa erityisen vähän ja terveyserojen kaventamisessa yksittäisten menetelmien kustannustehokkuuden laskeminen vaatii vielä erityisen paljon työtä.

Toimintaohjelman itsearviointiin sisältynyt oppimisen teema nosti esiin *merkittävän haasteen nostaa toiminta teorian kertaamisesta toiminnan tukemiseen*. Menetelmätyön tuki, prosessikehittämisen tuki, toimintakokonaisuutta jäsentävien mallien kehittäminen ovat jatkossa suuria yhteisiä haasteita, jotka täytyy ratkaista onnistuneen kaventamistyön eteenpäinviemiseksi.

## 5.4 Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä

Itsearvioinnin vastaajat olivat hyvin yhteneväisillä linjoilla siitä, mihin kaventamistyötä pitäisi jatkossa suunnata. Eniten mainintoja sai työn nykyistä selkeämpi sisällöllinen kohdennus ja kohderyhmittäisten menetelmien kehittäminen. Tietoisuuden kasvattaminen, tutkimus tai seurantajärjestelmät mainittiin lähes yhtä usein. Toimintakulttuurin muutokseen ja kehittävään toimintakulttuuriin siirtyminen nähtiin myös tärkeinä.

Vähemmän mainintoja saivat resurssien saaminen, turvaaminen tai vakaa rahoituspohja tai lainsäädäntö ja valvonnan tehostaminen. Vaikka resurssien puute mainittiin toimintaa estäneenä tekijänä, ei sama teema noussut jatkokehittämisen yhteydessä esiin. Asiaan lienee vaikuttanut kysymyksen muotoilu, joka ei viitannut resursseihin vaan nykyisten resurssien kohdentamiseen.

Toimintaohjelman vastuutahojen välittämä viesti sille, mitä jatkossa pitäisi tehdä:

- yhteistyön kehittäminen,
- uusi orientaatio, joka ei keskity vain lopputulokseen vaan syy-seuraus –suhteisiin vaikuttamiseen,
- hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen sisällöt tulee nivoa kaikille ammattialoille ja koulutustasoille opetussuunnitelmiin ja niiden toteutumista tulee seurata ja arvioida,
- toimintakulttuurin muutos yhteiskunnan eri aloilla.

## Toiminnan kehittämiseksi:

- tarvitaan universaalien palveluiden rinnalle kohdennettuja toimia, esim. kehittää uudenlaisia kohdennettuja palvelukonsepteja,
- pitää saada kokonaan uudenlaisia innovaatioita,
- ohjauksessa ja terveysneuvonnassa on tärkeää käyttää monipuolisia ohjausmenetelmiä,
- vertaistuen merkitys ratkaisujen löytämisessä on syytä hyödyntää nykyistä tehokkaammin,
- hyvät käytännöt ovat mahdollisimman laaja-alaisesti kaikkien tiedossa ja käytössä,
- kehitetyt mallit tulee saada käyttöön koko maan laajuisesti.

## Tietoisuuden kehittämiseksi:

- tulee turvata kansallisten indikaattoreiden syntyminen ja olemassaolo,
- tuottaa ja välittää tietoa kaventamisen keinoista,
- tuottaa tietoa kaventamisen kustannushyödyistä.

Kuten jo toimintaohjelman väliraportissa todettiin, tulee koordinoitua yhteistyötä eri ministeriöiden ja kuntien eri hallintokuntien kesken edelleen vahvistaa. Vähintäänkin lakiehdotuksia valmisteltaessa terveyteen ja hyvinvointiin sekä eri väestöryhmiin kohdistuvat vaikutukset tulee arvioida ja ottaa huomioon kaikilla hallinnonaloilla. Tutkimuksessa tulee keskittyä arviointitutkimukseen; tarvitaan tietoa toimivista keinoista ja niiden vaikuttavuudesta erojen kaventamisessa. (Rotko ym 2011.)

Terveyserojen kaventamisen näkökulma tulisi ottaa jatkossa osaksi kaikkia politiikkoja läpäisyperiaatteella (Rotko ym 2011). Läpäisyperiaatteen ongelmana on kuitenkin se, että missään ei ole määritelty tai listattu konkreettisia toimia, joilla nimenomaan pyritään kaventamaan terveyseroja. Huoli on myös siitä, että erojen kaventamisesta ei ole kokonaiskuvaa eikä vastuutahoja ole määritelty.

Nykyisen pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen hallitusohjelman kirjaus *”hallitus valmistelee laaja-alaisen köyhyyttä, eriarvoisuutta ja syrjäytymistä vähentävän toimenpideohjelman”*, joka käytännössä toteutetaan *”käynnistämällä poikkihallinnollista syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä toimenpideohjelma”* voidaan nähdä jatkona kaventamisen toimintaohjelmalle. Miten tämä konkretisoituu, jää nähtäväksi.

# Lähteet

- Aarnikka M, Perho M & Wrede G H (2011). Poliitiikkaohjelmien loppuraportti: vaalikausi 2007-2011. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Argyris C & Schön D A (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.
- Axelsson M (2002). Kunta ja seurakunta: yhteistyössä yhteisön hyväksi. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Helakorpi S, Laitalainen E & Uutela A (2010). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Ihalainen R & Rissanen P (2010). Kuntoutuslaitosselvitys 2009: kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Koskinen S (1999). Terveyserojen supistamisen tavoitteet, teoksessa: S Koskinen & J Teperi (toim.) Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Stakes, Helsinki, ss. 55–65.
- Mackenbach J P (2011). Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997–2010). *Journal of epidemiology and community health*, 65:7, ss. 568–575.
- Melkas T (1999). Lopputavoitteiden rinnalle väli- ja prosessitavoitteita, teoksessa: S Koskinen & J Teperi (toim.) Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Stakes, Helsinki, ss. 69–69.
- Ministry of Finance (2010). *Finnish Public Governance – A Background Report March 2010*. Ministry of Finance, Helsinki.
- Mäkinen T (2010). Trends and explanations for socioeconomic differences in physical activity. National Institute for Health and Welfare, Helsinki.
- Patton M Q (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3. ed. painos Sage, Thousand Oaks (Calif.).
- Raulio S (2010). Lunch eating patterns during working hours and their social and work-related determinants: Study of Finnish employees. National institute for health and welfare, Helsinki.
- Rotko T, Aho T, Mustonen N & Linnanmäki E (2011). Kapeneeko kuilu?: tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Seppänen-Järvelä R (2003). Prosessiarviointi kehittämisprojektissa: opas käytäntöihin. Stakes, Helsinki.
- Sinkkonen S & Kinnunen J (1994). Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- STM (2008). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Stähle P & Laento K (2000). Strateginen kumppanuus: avain uudistumiskykyyn ja ylivoimaan. WSOY, Helsinki.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010). Poliitiikkaohjelmat ohjauskeinona: esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusvirasto, Helsinki.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009). Poliitiikkaohjelmat. Valtiontalouden tarkastusvirasto, Helsinki.
- Warsell L (2009). Päihdehaittojen vähentäminen, teoksessa: M Rimpelä, V Saaristo, K Wiss & T Ståhl (toim.) Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, ss. 210-223.
- Vikstedt T, Raulio S & Prättälä R (2011). Julkisten ruokapalveluiden ravitsemuslaatu: hankintailmoitusrekisteri tarkastelussa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Vilkkumaa I (2011). Reilua puhetta terveyseroista. KuntoutusNyt -blogi. Päivitetty 12.4.2011 <http://kuntoutusnyt.blogspot.com/2011/04/reilua-puhetta-terveys-eroista.html>. Blogger [23.12.2011].
- Vuorela T, Osenius J & Särkioja T (2003). Poikikahallinnollisen koordinoiminnin ja ohjelmahallinnon kokemuksia Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Alankomaissa, Ruotsissa ja Tanskassa. Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- Örtenblad A (2005). VIEWPOINT: Of course organizations can learn! The Learning Organization, 12:2, ss. 213-218.

# Liite 1. Itsearviointilomake toimintaohjelman toimenpiteiden vastuuhenkilöille

Itsearviointi kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman vastuutahoille

<b>Toimenpide, jota itsearviointi koskee: Nn</b>
1. Miten toimenpide on toteutunut?
2. Mitkä muut toimet tai asiat ovat edistäneet tai estäneet toimenpiteen toteutumista?
3. Miten toimenpide on vaikuttanut eriarvoisuuden kaventamiseen?

<b>Toimenpide liittyy tavoitteeseen: Nn</b>
4. Onko olemassa mittari, jolla kyseistä tavoitetta voidaan mitata, jos on, mikä sen osoittama tulos on?
5. Onko tavoitteen toteuttaminen tuottanut uudenlaista yhteistyötä? Kerro esimerkkejä.
6. Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä tavoitteen toteutumiseksi?

<b>Eriarvoisuuden vähentämisestä yleensä</b>
7. Mitä muita tavoitteita toiminnassanne pitäisi edistää, jotta eriarvoisuus kapenisi?
8. Mitä organisaationne on oppinut viiden viimeisen vuoden aikana eriarvoisuuden kaventamisesta? Kerro esimerkkejä.
9. Muita toimintaohjelmaan ja sen toteuttamiseen liittyviä ajatuksia.



## Liite 2. Kunta- ja aluetason kyselylomake

01. Kunta
02. Palvelu/toimi/tulosalue (esim. opetus, perusturva)
03. Sijaitseeko palvelu/toimi/tulosalueenne (1 peruskunta 2 kuntayhtymä)
04. Jos haluatte yhteenvedon kyselyn tuloksista, antakaa sähköpostiosoitteenne (erillinen lista)
05. Millaisia strategioita ja ohjelmia kunnassanne on toteutettu ja minkälaisiin toimenpiteisiin on ryhdytty hyvinvointi- ja terveyseroihin puuttumiseksi? (Jos mahdollista, täsmentäkää mihin strategiaan/ohjelmaan/lakiin toimenpide liittyy, mikä on sen kohderyhmä, ketkä sitä toteuttavat, mikä sektori vastuussa ja millä aikavälillä)
06. Mitkä ovat mielestänne kunnan vaikuttamismahdollisuudet hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämisessä? Kuinka itsenäisesti toimenpiteistä voidaan päättää kunnissa?
07. Tuleeko kannustin hyvinvointi- ja terveyserojen huomioon ottamiseen kansalliselta tasolta vai kunnasta?
08. Mielletäänkö kunnassanne hyvinvointi- ja terveyseroihin puuttuminen terveyssektorin asiaksi vai kaikkien hallinnonalojen yhteiseksi asiaksi?
09. Mitä edellytyksiä kunnassanne mielestänne pitää vahvistaa hyvinvointi- ja terveyserojen huomioon ottamiseksi nykyistä paremmin politiikoissa ja käytännön toiminnassa? (Esim. tarvitaanko lisää paikallisen tai alueellisen tason tietoa, vahvempaa paikallista johtajuutta, enemmän tukimateriaaleja tietoisuuden nostamiseksi ja aiheen saamiseksi poliittiselle agendalle, enemmän käytännön tietoa lähestymistavoista ja keinoista kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja)
10. Millaisia toimenpiteitä ja/tai tukea kuntanne tarvitsee hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen esim. muilta kunnilta, aluehallintoviranomaisilta, maakuntaliitolta, sairaanhoitopiiriltä, ministeriöiltä tai asiantuntijalaitoksilta?
11. Onko kunnassanne terveys- ja muiden sektoreiden välistä yhteistyötä, jolla voidaan vaikuttaa hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuuteen?
  - 11 (lisäkysymys: jos on yhteistyötä, Luetelkaa tärkeimmät yhteistyökumppanit)
  11. lisäkysymys: jos ei ole yhteistyötä, Mitä sektoreita ja toimijoita pitäisitte tärkeinä yhteistyökumppaneina?
12. Tuleeko hyvinvointi- ja terveyserojen huomioon ottaminen kunnassanne arviolle mukana lisääntymään seuraavan viiden vuoden aikana?

Lisäkysymys: Miten se tulee näkymään?
13. Mitä asian esillä pitämiseksi mielestänne voidaan tehdä?

## Liite 3. Toimenpiteiden toteutumisen yksityiskohtainen kuvaus

Seuraavat tiedot perustuvat itsearvioinnin vastauksiin, jotka lähetettiin toimintaohjelmassa nimetyille vastuuhenkilöille. Toimenpiteiden vastuutus ei kuitenkaan ole ollut kattavaa, esimerkiksi toimenpide numero 9 (Kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana selvitetään kuntoutuksen kohdentumista...) tai yksittäisten toimenpiteisiin liittyvien hankkeiden vastuutahot ovat jääneet nimeämättä. Yksittäinen toimenpide saattaa koostua hyvinkin yksityiskohtaisista hankkeista, joiden tuloksista on raportoitu satunnaisesti. Tämän vuoksi alla oleva itsearvioinnin tulokset eivät ole kattavia ja tulokset saattavat olla vääristyneitä.

### **TOIMENPIDE 1: Edistetään terveyttä ja hyvinvointia toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa**

Toimenpide jakaantuu:

- Toimenpide 1.1. Järjestetään toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuolto kansallisen ohjeistuksen ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevan asetuksen mukaiseksi.
- Toimenpide 1.2. Kehitetään oppilas- ja opiskelijahuoltoa.
- Toimenpide 1.3. Kehitetään opetuksen sisältöjä.
- Toimenpide 1.4. Kootaan ja levitetään opiskelijoiden tietoa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen käytännöistä sekä edistetään tiedon hyödyntämistä.

### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearvioinnissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Suoritetujen satunnaistettujen vaikutustutkimusten mukaan menetelmät vähentävät masennusoireita, erityisesti riskiryhmissä.
- Ei tiedossa erityistä mittaria. Seurantaselvityksellä (tilannekatsaus 2010) on saatu sekä laadullisia että määrällisiä tuloksia.
- Mittarina voi käyttää negatiivisten keskeyttämisten määrää, mutta tähän vaikuttavat muutkin tekijät kuin tarjolla oleva ohjausmalli. Tulostietoa vaikutuksista keskeyttäneiden määrään ei vielä ole saatavilla.
- Indikaattorina voidaan käyttää myös Tsemppari-ohjaajien vastaanottojen käyntimääriä ja käynnit ovat olleet tasaisessa kasvussa koko hankkeen ajan.
- Kouluterveyskyselyn antamat tulokset voivat toimia mittarina. Kuitenkin toisen asteen ammatillisten osalta seuranta vielä hyvin lyhyt, eikä selviä johtopäätöksiä tai trendejä voi vielä muodostaa.

### **Toimenpiteen toteutuminen itsearvioinnin mukaan**

Toisen asteen ammatillisten oppilaitosten opiskeluterveydenhuollon järjestämiseksi OP-TE-hankkeessa on tehty selvitys terveystarkastusten toteutumisesta ja terveystarkastuskäytännöistä opiskeluterveydenhuollossa (toisen asteen oppilaitokset ja ammattikorkeakoulut).

Oppilas- ja opiskelijahuollon kehittämistä jatketaan. Opas on edelleen työn alla. Opetushallituksessa on tehty mittavia valtakunnallisia hankkeita.

Opetuksen sisältöjä on kehitetty. Opetushallitus katsoo, että ammatillisten perustutkintojen uudistaminen tapahtui koulutuspoliittisten linjausten mukaisesti ja niissä otettiin huomioon tulevaisuuden työelämässä tarvittava osaaminen.

Tiedonkeruu opiskelijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista on toteutunut suunnitellusti: tietoa on koottu ja välitetty julkaisujen, nettisivujen, koulutusten, työpajojen ja verkostojen avulla. Kouluterveyskysely laajennettiin vuonna 2008 ammatillisiin oppilaitoksiin. Kouluterveyskyselyn tulosten hyödyntämistä on tuettu eri tavoin.

Koulutuksesta työhön menetelmästä julkaistaan ensi vuoden alussa uusi versio ja sitä levitetään OPM:n läpäisyn tehostamisohjelmassa laajasti ammatilliseen opetukseen. Kohti työelämää menetelmää on kehitetty erityisryhmille (netissä selkokielineen versio) ja siitä tehdään uusi versio OPM:n läpäisyn edistäminen ohjelman yhteydessä.

TTL on osallistunut opiskeluterveydenhuollon kehittämisen työsuunnitelman laatimiseen, osallistunut opiskeluterveydenhuollon kattavuutta ja sisältöä selvittäneen kyselyn laatimiseen, opetushallituksen pyynnöstä laatinut asetukseen tulevat toisen asteen tutkintokohtaiset terveysvaatimukset. Työterveyshuollon palvelukeskus tekee YTHS-mallisen opiskeluterveydenhuollon arvioinnin kahdella paikkakunnalla, kaksi muuta paikkakuntaa toimivat verrokkeina.

Helsingissä Time out! Aikalisä –toimintamalli ja Itä-Lapin ammattiopistossa toimiva Nuorten Aikalisä –ohjausmalli kehitetään ja tarjotaan yhteistyötahoille.

### **Toimenpiteitä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- Toimenpiteen toteutumista on edistänyt tarve toimiville ja mallinnetuille toimintatavoille toisen asteen ammattilaisten opintojen keskeyttämisten ehkäisemiseksi, ts. sosiaalinen tilaus.
- Sananaikaisesti on kiinnitetty huomiota terveyteen, toimintakykyyn, turvallisuuteen ja työurien pidentämiseen myös monipuolisessa yhteiskuntapoliittisessa keskustelussa.
- Kouluterveyskyselyä pidetään kunnissa ja oppilaitoksissa tärkeänä suunnittelun ja arvioinnin välineenä.
- Kyselyyn vastaamista, sen tulosten tilaamista ja hyödyntämistä ovat edistäneet merkittävästi myös tulosten saama julkisuus ja vahva näkyminen sekä valtakunnallisissa että alueellisissa medioissa.
- Lainsäädännön muutokset ovat olleet merkittäviä.
- Lasten ja nuorten Kaste-ohjelman kautta menee monia hankkeita, joissa kehitetään oppilashuoltoa ja sen yhteistyötä.

#### **Estäneet**

- Kouluterveyskyselyn nykyinen kuntaperusteinen raportointitapa ei vastaa täysin koulutuskuntayhtymien toiveita, jotta ammattiin opiskelevat saadaan pidettyä mukana kyselyssä.
- Perusopetuksen vähäiset resurssit ovat selvä este.

- Opiskeluterveydenhuollon rakenteisten tietojen tietomäärittelyt tehtiin Kansallisen terveyshankkeen loppuvaiheessa, niille ei ole järjestetty kommentointikierrosta tai konsensuskokousta.
- Kyselyn onnistumista ammatillisissa oppilaitoksissa vaikeuttaa toisen vuoden opiskelijoiden harjoittelujaksot, jotka osuvat keväälle ja saattavat olla hyvinkin pitkiä.
- Ammatillisten oppilaitosten kyselyn toteutusta ja tulosten raportointia ovat vaikeuttaneet jatkuvat muutokset koulutuskentässä.
- Syventävän tutkimustiedon tuottaminen nuorten välisistä ja eri alueiden välisistä terveyseroista on jäänyt vähäiseksi riittävien henkilöstöresurssien puuttuessa. Nyt on keskitytty lähinnä tuomaan esiin eri oppilaitostyyppien välillä olevia terveys- ja hyvinvointieroja.

### Toimenpiteiden vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen

Itsearviointiin vastanneiden vastuutahojen mielestä eriarvoisuutta on vähentänyt erityisesti:

- Tiedon ja näkemyksen tarjoaminen, kuten *"on saatu uutta tietoa"*, *"laajempaa näkemystä nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista"* tai toiminta on *"edistänyt asian esille tuomista."*
- Toimintatavan ja menetelmien kehittäminen, joista mainittiin opetussuunnitelman perusteiden uusiminen, työelämälähtöiset toimintatavat sekä nuorten tukeminen tutkinnon suorittamisessa sekä oppilashuollon kehittyessä tasavertaisten palveluiden saatavuus paranee.

### Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi

Toimintaohjelman itsearviointiin vastanneet mainitsivat useimmin kohdentamisen ja toimintatapoihin vaikuttamisen jatkotyössä toisen asteen oppilaitosten yhteydessä. Vastaajien mukaan jatkossa tulisi:

- Kohdentaa ja kehittää työkaluja, kuten terveyden edistämistoimia tulisi erityisesti kohdentaa ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleville, kielitaidon vahvistamiseen maahanmuuttajilla, tiedon hyödyntämiseen malleja, kuntia tulisi tukea että kyselyn tuloksia ymmärrettäisiin, toimintamalleja pitäisi edelleen kehittää, koulutuksen järjestäjien edellytyksiä edistää ammattiin opiskelevien hyvinvointia ja terveyttä tulisi vahvistaa, kumppanuuksia, uusia toimintatapoja.
- Vaikuttaa toimintatapoihin: vahvoihin ammattien perinteisiin, koulujen terveydenhuolto pitäisi saada mukaan ennaltaehkäisevään toimintaan, työhallinto pitäisi saada kiinteämmin mukaan yhteistyöhön, eri hallintokuntien välistä yhteistyötä tulisi kehittää, kehittämällä toimintakulttuuria, saman ajatuksen ja toiminnan tulee ulottua peruskoulun puolelle.

Vähemmän mainintoja saivat:

- Tiedon tuottaminen, kuten: *"Tehtyjä selvityksiä pitäisi pystyä hyödyntämään palvelujen kehittämisessä säädösten mukaisiksi"*, *"toimeenpanon seurantaselvityksiä"*.
- Resursointi, kuten: *"Perusopetuksen resursseja"*, *"kyselylle pitäisi taata vakaa rahoituspohja"*.
- Lainsäädäntö, esimerkiksi: *"Opiskelijahuollon osalta uudistaa lainsäädäntöä"*, *"tiukasti valvoa, että opiskeluterveydenhuollon palvelut toteutuvat lainmukaisesti"*.

## **TOIMENPIDE 2: Juurrutetaan terveyden edistäminen osaksi työpaikan toimintakulttuuria niillä ammatti- ja toimialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä**

Toimenpide jakaantuu:

- Toimenpide 2.1. Ammattiryhmittäinen terveyserojen kaventaminen
- Toimenpide 2.2. Ammattitautien ehkäisy ja toimialakohtainen työterveyshuollon kehittäminen
- Toimenpide 2.3. Depressio ja stressi – työterveyshuollon hyvät käytännöt ja koulu-tus 2008–2010
- Toimenpide 2.4. Työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittäminen, Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä 2008–2012

### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointin ehdotettuja indikaattoreita:

- TTL:n verkkosivujen käyttöä seurataan.
- Työterveyshuollon kattavuutta ja sisältöä rakennusalaalla seurataan Työ ja terveys Suomessa hankkeen osana. Erilliset kyselyt yrityksille ja työterveyshuolloille toteutetaan 3 vuoden välein.
- Työpaikkojen ilman kvartsipitoisuusmittaukset – pitoisuudet ovat laskeneet.
- Silikoositapausten määrä ammattitautirekisterissä: silikoosilla pitkä latenssi, joten tämän projektin mahdolliset vaikutukset näkyvät vasta 10–20 vuoden kuluttua.
- Mittarina voidaan käyttää kvalitatiivisia menetelmiä, esim, SYTY-2000 oma-arviointikyselyä. Kvantitatiivisena mittarin voidaan käyttää esim. työterveyshuollon käyttömääriä tai kattavuutta.
- Työkykyarvioihin kohdistuvien terveystarkastusten ja niihin liittyvien työterveysneuvottelujen ja verkostoneuvottelujen määrä (työpaikkayhteistyö, yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa.)
- Diagnosoikohtaisest sairauspoissaolotilastot. Työkyvyttömyyseläkkeiden versus osatyökyvyttömyyseläkkeiden määrä.
- Kuinka monella työpaikalla on oma päihdeohjelma, sovitut varhaisen tuen käytännöt, säännölliset terveystarkastukset, riskinarviointit ja työpaikkaselvitykset. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrät ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden F-diagnoosiryhmän määrät. Myös osatyökykyisten työllistyminen ja työsuhteiden laatu.

### **Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Kaikki suunnitelmassa mainitut toimenpiteet ammattitautien ehkäisemiseksi ja toimialakohtaisen työterveyshuollon kehittämiseksi ovat toteutuneet suunnitelmien mukaisesti. Projekti on edennyt suunnitelmien mukaan ja jo tässä vaiheessa se on pienentänyt isojen ja pienten liikenneyrityksien ja liikenneyrittäjien välisiä eroja hankkia itselleen työterveyshuollon palveluita.

Liikenteen mikroyrityksien näkemykset ja tarpeet hyvinvoinnin tukemisen osalta on selvitetty, samoin myös se, miten työterveyshuollon palvelevat liikenteen mikroyrityksiä ja miten nykytilaa voidaan parantaa. Kehitetty uusi liikenteen työterveyshuollon toimintatapa lisää mikroyrityksien mahdollisuuksia tukeutua työterveyshuoltoon ja tarjoaa mikroyrityksien työterveyshuolloille kustannustehokkaan keinon huolehtia mikroyrityksien tilastaan.

Depressio ja stressi – työterveyshuollon hyvät käytännöt –toimenpiteessä kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmää on kehitetty PARAS-puitelain hengessä. Masennusperäisen työkyvyttömyyden ja työelämästä syrjäytymisen ehkäisyyn tähtäävä valtakunnallinen koulutus toteutui kolmena vuotena aina kuudella eri paikkakunnalla.

Työterveyshuolloille, psykiatriselle erikoissairaanhoidolle ja työpaikoille suunnatut koulutuskierroksien tuoneet tietoutta ja poistaneet masennukseen ja sen hoitoon ja tunnistamiseen liittyvää vaikeutta ja stigmaa ja siten auttaneet vähentämään masennuspotilaiden hoitoviiveitä.

Työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä uusimmat tilastot osoittavat, että masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat kääntyneet laskuun. Kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmää on kehitetty PARAS-puitelain hengessä ensisijaisesti hankkeiden, mutta myös konsultoinnin ja koulutuksen keinoin.

Hankkeissa on haettu sairausryhmäkohtaisia yhteisiä käytänteitä työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä.

### **Toimenpiteitä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- Koulutusmateriaalia, joka on suunnattu niin työterveyshuolloille, muulle terveydenhuololle, potilaille kuin työpaikoille ja esimiehille on saatavissa sähköisesti ja maksutta TTL:n, Virtuaaliyliopiston, STM:n sekä Masto-hankkeen sivuilta.
- Työterveyslaitoksen työelämään ja terveydenhuollon tahojen yhteistyöhön suuntautuvat, työkyvyttömyyden ehkäisyyn tähtäävät kehittämishankkeet ja muut koulutusohjelmat, sekä tutkimustyö.
- Samaan aikaa yrittäjien ja mikroyrityksien tietoisuus oman terveyden merkityksestä on aktivoitunut Varsinais-Suomessa käynnissä olevien toisten yksinyrittäjiin ja mikroyrityksiin kohdistuvien hankkeiden ansiosta.
- Terveydenhuoltolain voimaantulo sekä yhteiskunnallinen keskustelu työurien pidentämisestä ovat edistäneet toimenpiteitä.

### **Toimenpiteiden vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Toimenpiteiden vaikutukset ovat kohdistuneet:

- Palveluiden kehittämiseen (yhteistyö, aktiivinen varhainen hoito).
- Palveluiden tavoitettavuuden parantamiseen (palvelujärjestelmän mahdollisuus tunnistaa, ohjaus palveluihin).
- Jossain määrin mainintoja saivat myös työssä jaksamisen tukeminen ja riskitekijöiden ehkäiseminen (työttömyys ja kuormittavat työolot).

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Itsearviointiin vastanneiden henkilöiden mukaan erityisen kuormittavilla toimialoilla tulisi jatkossa keskittyä:

- Muokkaamaan perinteitä ja kulttuuria, kuten tukea ja kannustaa työpaikkoja mahdollistamaan omalta osaltaan terveyttä edistävä toiminta ja
- toiminta tulisi laajentaa koskemaan myös työttömiä työntekijöitä, jolle mahdollistettava myös työterveyspalvelut.

Tulisi myös luoda erilaisia vertaistuen muotoja, kuten

- tehostaa yritysten kivipölyaltistumisen torjuntaa ja
- toteutettuja toimintoja pitää saada levitettyksi.

Vähemmän mainintoja saivat:

- koulutuksen ja tiedottamisen aktiivinen jatkaminen sekä
- Kelan korvauskäytäntöjen kehittäminen.

**TOIMENPIDE 3: Nostetaan alkoholiveroa siten, että kulutus laskee vuoden 2003 tasolle tai alle. Korotustarve arvioidaan vuosittain.**

#### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Alkoholin kokonaiskulutuksen seuranta on nopea – vaikkakin epäsuora – tapa mitata alkoholihaittojen kehitystä yleisesti. Suoria mittareita ovat esimerkiksi alkoholiehtoinen kuolleisuus Tilastokeskuksen kuolinsyytilastosta ja rattijuopumustilastot.

#### **Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Vuonna 2003 kokonaiskulutus oli 9,4 litraa eli toimenpiteen tavoitetta ei tästä positiivisesta suunnasta huolimatta aivan saavutettu.

Alkoholiveroa on korotettu kolme kertaa ja neljäs korotus tulee voimaan 1.1.2012. Pääosin näiden päätösten seurauksena alkoholin kokonaiskulutus on laskenut vuoden 2007 huippulukemasta 10,5 litraa 100 % alkoholia asukasta kohti noin 9,7–9,8 litraan vuonna 2011.

Alkoholijuomien kokonaiskulutuksen muutokset näkyvät yleensä vastaavansuuntaisina muutoksina alkoholin haittatilastoissa. Laskusuunta näkyykin jo vuoden 2010 haittatilastoissa.

#### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Edistäneet

- Alkoholihaittoja vähentävän alkoholipolitiikan tarve on näkynyt vuoden 2004 alkoholiveronalennusten jälkeen sekä mediassa että katukuvassa. Haittakeskeinen julkinen keskustelu on omiaan vähentämään välinpitämätöntä suhtautumista alkoholihaittoihin.

Estäneet

- Alkoholielinkeino – erityisesti panimoteollisuus – käyttää alkoholijuomien matkustajatuontia ja sen mahdollista lisääntymistä lyömäaseena, jolla pyritään estämään alkoholiverotuksen käyttöä politiikan välineenä.

#### **Vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Koska alkoholi ja tupakka vastaavat noin puolesta kuolleisuudella mitatuista väestöryhmien välisistä terveyseroista, on oletettavaa, että jopa 10 %:n vähennys kokonaiskulutuksessa näkyisi myös terveyden tasa-arvoistumisessa.

Vuosina 2008–2009 toteutettujen veronkorotusten vaikutukset kokonaiskulutukseen tiedetään. Samoin tiedetään, että ne ovat alkaneet vaikuttaa ainakin joihinkin haittatilastoihin. Vaikka haittaluvut ovat kääntyneet kasvusta laskuun, muutokset ovat kuitenkin vielä pieniä.

Näistä vuosien 2009 ja 2010 tiedoista ei ilmeisesti vielä ole terveyden esiarvoisuutta koskevia tarkempia tietoja.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Toimintaohjelman vastuuhenkilöiden mukaan alkoholihaittojen torjumiseksi jatkossa pitää:

- pitää esillä edellisten alkoholiveronkorotusten ”menestystarinaa”,
- korottaa veroja,
- säädellä saatavuutta,
- edistää terveellisiä elintapoja,
- toteuttaa alkoholilainsäädännön kokonaisuudistus, esimerkiksi luvanvaraisesti myytävien alkoholijuomien alkoholipitoisuuden alentaminen 4,7 %:sta 3,5 %:iin. Tämä päätös merkitsisi tehdyn selvityksen mukaan noin 8 % kokonaiskulutuksen laskua ja noin 350 alkoholiehtoisen kuoleman välttämistä vuosittain,
- lisätä erilaisten varhaisen puuttumisen keinoja (esim. mini-interventio).

### **TOIMENPIDE 4: Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön osaamista ja rakenteita**

#### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearvioinnissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Kyseessä on niin suuri haittakokonaisuus, että seuranta on tehtävä usean eri mittarin/mittariston avulla.
- Kulutusta ja haittoja voidaan seurata esimerkiksi päihdeavainindikaattoreilla, alkoholin myynti- ja anniskelutilastoilla.
- Kehitetty AHA-kyselymittarit työterveyshuolloille ja työpaikoille. AHA-toimintamallin leviämisen prosessia tutkitaan sekä määrällisellä että laadullisella tutkimuksella.
- Toiminnan toteutumista arvioidaan sekä määrällisen että laadullisin menetelmin. Tutkimuksen 1. kyselyaineisto ja laadullinen videoaineiston keruu jatkuu tammi-kuuhun 2012.
- Valtakunnallisesti mini-interventio toiminnan toteutumista seurataan Työterveys-huolto Suomessa -tutkimuksessa, jonka uusin aineiston kerääminen on päättymässä.

#### **Toimenpiteen toteutuminen itsearvioinnin mukaan**

Toimenpide on kokonaisuutena ottaen onnistunut hyvin.

Alkoholiohjelma ja huumekoordinaatio ovat erityisesti tehostaneet valtionhallinnon toimijoiden yhteistyötä.

Alkoholiohjelmassa on kehitetty alueellisen koordinaation malli, jonka avulla paikallista päihdehaittoja ehkäisevää ja vähentävää työtä voidaan tukea.

Alkoholiohjelmassa on tällä kaudella tuotettu useita uusia aineistoja, joilla voidaan tukea päihdetyön toimijoita laajasti. Keskeinen mini-interventioaineisto on julkaistu poh-



joissaamenkielellä. kaikki aineisto löytyy ruotsinkielisenä ja keskeisistä aineistoista on useita kieliversioita.

Neuvoa-antavat -verkkosivustosta palvelee päihdetyön toimijoita ja alan opiskelijoita; sivuston käytettävyyttä on parannettu voimakkaasti.

Työterveyslaitoksen Alkoholihaitat hallintaan -hankkeessa (2011–2013) koulutetaan kahden suuren työterveyshuoltoyksikön työterveyshoitajia ottamaan käyttöönsä AHA-toimintamallin mukainen toiminta työterveyshuoltoyhteistyöhön asiakasyrityksensä kanssa.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- Askel askeleelta etenevä yhteisöinterventio mahdollistaa AHA-toimintamallin juurtumisen, mikä edellyttää pitkäjänteistä sitoutumista muutoksen aikaansaamiseksi, kriittistä oman toiminnan arviointia sekä oman työtoiminnan ja toimintaympäristön asenteiden kriittistä tarkastelua.
- Työterveyshuolloissa yksiköiden johdon sitoutuminen nähdään avaintekijänä yhteisöllisen muutoksen aikaansaamiseksi.
- Koulutukseen osallistumisen mahdollistaminen; työterveyshuolloissa on nimetty henkilö, jolle resursoidaan aikaa koulutukseen ja välitehtävien implementointiin sekä aikaa yksikön muun henkilöstön perehdyttämiseksi. Koulutettu työntekijä toimii omassa yksikössään vertaiskouluttajana.

#### **Estäneet**

- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma tarjosi valtioneuvoston tuen, mutta politiikkaohjelman päättymisen jälkeen samanlaista taustatukea ei ole ollut. STM toki vastaa strategisesta toiminnasta ja on tarjonnut hyvää tukea erityisesti kahden viimeksi kuluneen vuoden aikana.
- Keskeisin haaste on ollut toimintakokonaisuuden rahoitusmalli: terveyden edistämisen määräraha, jolla joudutaan pyörittämään kuvioita aina yksi vuosi kerrallaan.
- Valtakunnallisesti sekä ammatillisessa että pätevyitymiskoulutuksessa ei ole päihdekysymyksiin panostettu lainkaan. Työterveyshuollon valmiudet eivät riitä varhaiseen puuttumiseen.
- Käytännön työssä päihdeasioiden käsittely koetaan vaikeana ja siitä syystä asiaan tarttuminen /puheeksiotto jää tekemättä.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Alkoholi ja tupakka ovat merkittävimpiä terveyserojen ja enneaikaisten kuolemien aiheuttajia, joten päihdehaittojen ehkäisemiseen panostaminen on merkittävää terveyserojen kaventamista.

Alkoholiohjelman aineistot tuotetaan molemmilla kotimaisilla kielillä, lisäksi keskeiset aineistot useina kieliversioina. Alueellisen koordinaation malli takaa tasalaatuisen ohjauksen eri puolilla maata, sillä kuhunkin aluehallintovirastoon on sijoitettu aluekoordinaattori. Alkoholi ja tupakka ovat merkittävimpiä terveyserojen ja enneaikaisten kuolemien aiheuttajia, joten päihdehaittojen ehkäisemiseen panostaminen on merkittävää terveyserojen kaventamista.

Alkoholihaittojen ehkäisy koskee tasa-arvoisesti työpaikan koko henkilöstöä työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö painottuu haittojen ehkäisyyn. Toiminnan tavoitteena on alkoholin riskikäytön vähentäminen ja sitä kautta työhyvinvoinnin paraneminen ja työssä jaksaminen.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Toimintaohjelman vastuuhenkilöiden mielestä jatkossa tulisi ehkäisevän päihdetyön tukemiseksi:

- Luoda pysyvät rakenteet alueelliselle ja paikalliselle tasoille,
- Seurantajärjestelmien vahvempi kytkeminen toisiinsa,
- Panostettava päihdekoulutukseen,
- Lisätä ymmärrystä siitä, että alkoholiongelmät koskettavat koko väestöä.

### **TOIMENPIDE 5: Nostetaan tupakkaveroa ja päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta**

Toimenpide 5.1. Nostetaan tupakkaveroa asteittain siten, että tupakointi vähenee selvästi. Seuraavat korotukset toteutetaan vuosien 2009 ja 2010 alussa. Samalla toteutetaan lainsäädännölliset toimet matkustajatuonnin ja harmaan kaupan rajoittamiseksi. Ei vastausta.

Toimenpide 5.2. Päätetään tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta.

### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearvioinnissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Tupakointi on vähentynyt, tähän on olemassa useitakin mittareita (tupakan kulu-tus, väestön tupakointi-prevalenssi).

### **Toimenpiteen toteutuminen itsearvioinnin mukaan**

Tupakkatuotteiden veroa nostettiin vuosien 2009 ja 2010 alussa. Veronkorotuksilla pyrittiin kaventamaan savukkeiksi käärittävän irtotupakan ja tehdasvalmisteisten savukkeiden hintaeroa.

Toimenpide tupakoinnin vieroituslääkkeiden korvaamisesta ei ole toteutunut, sillä hintalautakunta ei ole hyväksynyt vieroituslääkkeiden korvattavuutta.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Edistäneet

- Hallituksen tuki veronkorotuksille. Yhteistyö valtiovarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa on toiminut hyvin.

Estäneet

- Toimenpide ei ole toteutunut, sillä hintalautakunta ei ole hyväksynyt vieroituslääkkeiden korvattavuutta.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Veronkorotusten seurauksena tupakan hinnan nousu on osaltaan vähentänyt tupakointia todennäköisesti eniten juuri alimmissa sosiaaliryhmissä.

Korvattavuutta ei ole hyväksytty.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Säännöllisiä ja maltillisia tupakkaveron korotuksia tulisi edelleen jatkaa.

Pitäisi pohtia uusia ratkaisumalleja korvattavuuteen.

Toteuttaa lainsäädännöllisiä ja muita tehokkaita toimenpiteitä tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi eli tupakkatuotteiden käytön loppumiseksi.

### **TOIMNEPIDE 6: Edistetään edullisten ja ravitsemussuositusten mukaisten ruokapalvelujen saatavuutta erityisesti pientyöpaikoilla ja liikkuvaa työtä tekevillä joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän tekemien toimenpide-ehdotusten mukaisesti**

#### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearvioinnissa ehdotettuja indikaattoreita:

Toiminnan tuloksia

- Ruokatarjonta huoltamoilla on lisääntynyt tuntuvasti viimeisen vuoden aikana ja Vuoden Virkeät 24 h huoltoasemat -kilpailun taso on koventunut. 2011 erot huoltoasemien välillä olivat pienemmät kuin 2010.
- Ammattikuljettajien ruokailutottumusten vuoden 2011 kyselyyn vastanneista joka neljäs ammattikuljettajista on keskustellut työnantajansa kanssa työn aikataulutuksesta, jotta voisi ruokailla säännöllisesti ja terveellisesti. Hankkeen alussa 2009 näin teki vain joka viides kuljettajista. Hankkeen aikana työterveyshuollot ovat aktivoituneet opastamaan ammattikuljettajia työaikaisen ruokailun toteutuksessa. Alkukyselyn mukaan työterveyshuollon piirissä olevista kuljettajista 40 %:a sai ohjeita työterveyshuollosta, kun loppukyselyssä vastaava luku oli 55 %.

Tarve lisätutkimukselle

- Ruokapalvelujen käyttöä eri väestöryhmissä voidaan mitata kyselytutkimusten avulla. Tutkimustietoa mahdollisista muutoksista ei vielä ole. Seurantaa on tarkoitus kehittää THL:n joukkoruokailutyöryhmässä.
- Ruokapalveluiden käyttöä eri väestöryhmissä voidaan mitata THL:n ja TTL:n väestötutkimusten yhteydessä. Ruoan laadun seuranta vaatisi erillistutkimuksia.
- Suurkeittiöiden tarjoaman ruoan ravitsemuslaadun kansallisesti edustava arviointi ja seuraaminen ei toistaiseksi ole mahdollista, tarvitaan lisätutkimuksia.

#### **Toimenpiteen toteutuminen**

Suosituksen toimeenpano on käynnistynyt mutta niiden edistämiseksi on tehtävä vielä työtä.

Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmä ehdottaa nykyisten julkisten ruokapalvelujen käytön avaamista niille työntekijöille, joilla ei ole mahdollisuutta työpaik-

karuokailuun. Kunnissa ruokapalvelut tulee suunnitella osana terveyttä edistävää ja terveysongelmia ehkäisevää poikkihallinnollista toimintaa.

Suosituksista on tiedotettu, luennoitu ja tehty lehtijuttuja. THL selvitti myös hankintakriteerien toteutumista ja TTL sekä muut tahot on tehnyt tähän liittyviä projekteja. Suositusten toimeenpano on käynnistynyt mutta niiden edistämiseksi on tehtävä vielä työtä.

Suosituksista on tiedotettu erittäin monipuolisesti ja THL:ssä on jatkettu joukkoruokailun seurantajärjestelmän kehittämistyötä STM:n TE-määrärahalla.

Työterveyslaitoksen hankkeessa on edistetty ammattikuljettajien terveellisiä työaikaisia ruokatottumuksia. Tienvarsiruokapaikkojen henkilöstöä on koulutettu ja pyritty lisäämään ammattitaitoa terveellisen toteutukseen myös viestinnän keinoin. Myös ammattikuljettajia on opastettu terveellisen ateriakokonaisuuden valintaan. Työterveyslaitoksen Virkeänä ratissa – ruoasta terveyttä tien päälle -hankkeessa on edistetty ammattikuljettajien terveellisiä työaikaisia ruokatottumuksia.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- Virkeänä ratissa -hankkeen huoltamoarviointikierroksen perusteella huoltamoiden mainonnassa osataan käyttää terveysnäkökohtia aikaisempaa paremmin. Tänä vuonna 63 prosentilla huoltoasemista oli terveellisen ruoan valintaa helpottavaa mainontaa, kun vastaava luku 2010 oli 25 prosenttia. Terveellistä mainontaa oli useimmiten ruokalinjastossa, huoltoaseman pihalla ja ravintolan verkkosivuilla.

#### **Estäneet**

- Terveyttä edistävien ruokapalvelujen kehittäminen vaatii päättäjien ja johdon sitoutumista, riittäviä resursseja ja uudentyyppisten palvelujen kehittämistä.
- Saatavuuden lisäksi joukkoruokailun hinta lienee yksi tekijä, mikä vaikuttaa erityisesti alempien sosioekonomisten ryhmien ruokailumahdollisuuksiin. Tähän liittyen tarvittaisiin tukitoimia (henkilöstöruokailun tukijärjestelmä yms.)
- Teollisuudelta ja ruokapalveluyrityksiltä toivoisi uudentyyppisiä ja kohtuuhintaisia palveluja pientyöpaikoille ja liikkuvaa työtä tekeville (työpisteisiin toimitettavat ateriat, tms.)
- Moni toimija ei vielä ymmärrä terveellisemmän ja työvireyttä ylläpitävän ruoan markkinointiarvoa. Tarvittavaan täydennyskoulutukseen on vaikea päästä
- Koulutuksia on tarjottu, mutta vain osa on toteutettu, koska ruokapalveluväen on vaikea päästä ammatilliseen täydennyskoulutukseen. Osaamista ja ammattitaitoa terveellisen ruoan valmistamiseen ja tarjollepanoon ei ehkä arvosteta, tai ei vielä riittävästi määrin nähdä kilpailukeinona.
- Työnantajat ja ruokapalveluiden tuottajat eivät toistaiseksi ole riittävästi sitoutuneet noudattamaan STM:n suosituksia. Pienten ja liikkuvien työpaikkojen ruokailumahdollisuuksien parantaminen edellyttäisi uusia toimintamalleja.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Ravitsemussuosituksien mukaisesta työpaikkaruokailusta vastaajat totesivat:

Tietoisuuden asian tärkeydestä kasvaneen ja kohderyhmänä olleiden kuljettajien ja huoltamoalan toimijoiden tietotaitoa lisätty.

Toiminnassa on otettu huomioon paikallinen kulttuuri ja onnistuttu lisäämään terveellisten annosten osuutta yötarjonnassa.

Vielä ei kuitenkaan ole näyttöä käyttäytymisen muutoksesta, suunnitteilla on tätä varten joukkoruokailun seurantajärjestelmä.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Toimintaohjelman vastuuhenkilöiden mielestä jatkossa tulisi ravitsemussuosittelun mukaisen ruokapalveluiden toteuttamiseksi:

- Saada yritykset innostumaan ruokapalvelujen kehittämisestä.
- Luoda tukijärjestelmiä.
- Lisätä tietoisuutta, täydennyskoulutusta ja seurantajärjestelmiä.
- Saada työterveyshuollon tuki ja ohjaus kattavammaksi.
- Työkyvyn hallintamalleja.
- Työsuojeluosaamisen keinoja.
- Seurantajärjestelmiä, seurantaa.
- Kehittää yhteistyössä työntekijöiden kanssa ruokapalveluita.

**TOIMENPIDE 7: Terveyttä edistävää liikuntaa ja ravintoa koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen pohjalta käynnistetään toimia sosioekonomisesti huonossa asemassa olevien ja eri tavoin syrjäytyneiden riittävän liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen turvaamiseksi**

### **Indikaattoreiden kertomaa**

Itsearviointin ehdotettuja indikaattoreita:

- Paino ja painonhallinta eri sosioekonomisissa ryhmissä voit olla sopiva mittari pitkällä aikavälillä. Haasteena on, että käyttäytymisen muutokset näkyvät painossa varsin pitkällä viiveellä.

### **Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Periaatepäätöksen tavoite oli, että terveyttä edistävät ruokatottumukset ja liikunta yleistyvät erityisesti huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Tavoitetta on toteutettu esimerkiksi neuvola-asetuksella, erilaisilla hankkeilla liikunnan ja ravitsemuksen edistämiseksi ja työikäisten keski-ikäisiin, huonokuntoisiin miehiin kohdistuvilla hankkeilla. Ikääntyneiden ihmisten, erityisesti toimintakyvyltään heikentyneiden, toimintakykyä parannetaan kansallisen ohjelmien avulla. Ravitsemuksesta ja liikunnasta on tehty lukuisia suosituksia, jossa on nostettu esiin toimia joilla voi vaikuttaa sosioekonomisiin eroihin terveyskäyttäytymisessä.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Estäneet

- On haasteellista ja potentiaalisesti ongelmallistakin (mahdollinen leimautuminen, hyväksyttävyyden tms.) kohdistaa toimenpiteitä erityisiin ryhmiin. Ideaali varmasti olisi, että meillä universalistiset toimet hyödyttäisivät eniten huonommassa asemassa olevia.

- Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnasta ja ravinnosta sekä sen toimeenpanosuunnitelma toteutui yleisesti ottaen varsin hyvin. Muutama asia jäi kuitenkin tekemättä, alla arvio siitä, miksi toimenpide jäi toteutumatta.
- Kasvisten ja hedelmien alv-alennus ei toteutunut, ei ollut poliittista tahtotilaa. Saa tiin tilalle ns. makeisvero, joka simulaatiomallien mukaan voisi vähentää sosioekonomisia eroja jopa paremmin kuin kasvisten alv-alennus.
- Toteutetaan liikuntaa ja ravintoa painottava eläkkeelle valmentautumisen ohjelma eläkeikää lähestyville, ei löytynyt tahoa, joka olisi ollut kiinnostunut toteutuksesta.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Vaikuttavuutta on vaikea vielä arvioida, mutta voidaan olettaa toimien osaltaan parantaneen heikommassa asemassa olevien mahdollisuuksia harrastaa liikuntaa ja syödä terveellisemmin.

Ruokatottumukset ovat Suomessa muuttuneet pitkällä aikavälillä suositusten mukaiseen suuntaan ja aikaisemmat sosioekonomiset erot ruokavaliossa pienentyneet (rasvan laatu tms.), samoin alue-erot. Silti erot esimerkiksi kasvisten ja joukkoruokailun käytössä ovat selviä.

Vapaa-ajan liikunta on sekä pitkällä aikavälillä että viime vuosina lisääntynyt.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Liikunnan ja terveellisen ravitsemuksen tavoitteen toteuttamiseksi vastaajien mielestä jatkossa tulisi keskittyä:

- Lainsäädännön kehittämiseen, kuten: "Tarvitaan todennäköisesti säädöspohjaan vaikuttamista", "Tarvitaan tehokkaampia keinoja rajoittaa epäterveellisten elintarvikkeiden markkinointia haavoittuville ryhmille kuten lapsille (= lainsäädäntöä)".
- Resurssiohjaukseen, kuten: "lisää resursseja toimintaan", "terveyttä edistäviä elintapoja voisi esimerkiksi veropoliittisin keinon".
- Lisätiedon tuottamiseen, kuten: "Eri ohjauskeinojen toimivuutta pitäisi myös nykyistä enemmän tutkia."

### **TOIMENPIDE 8: Sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään ja kohdennetaan väestöryhmittäisen terveysseurannan osoittaman tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen perusteella**

#### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointin ehdotettuja indikaattoreita:

- TEAviisari, jossa tarkastellaan perusterveydenhuollon ja kunnan yleishallinnon terveyden edistämisen aktiivisuutta. Tea-viisarissa tähän teemaan liittyviä mittareita: sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt ja muut toiminnot. Tulokset on saatavissa kuntakohtaisesti, alueittain ja koko maasta. Kaikissa mittareissa voi olla sisällä eriarvoisuutta kuvaavia osoittimia.

#### **Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Kaste-ohjelman toimenpiteiden 1–5 osalta tavoite on toteutunut erittäin hyvin. Toimenpiteet sisältyivät varsinaisesti Pohjois-Pohjanmaan Terveempi Pohjois-Suomi -hankkeeseen sekä Itä-Suomen Kanerva Kaste -hankkeeseen. Hankkeessa kehitettiin edelleen

hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita; tietopohjaa, johtamiskäytäntöjä, toimeenpanorakenteita, johtamisen työvälineitä, hyvinvointiosaamista ja terveyden edistämisen hyviä toimintamalleja.

Hankkeen tuloksena mallinnettiin kuntien/yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiirin hyvinvointijohtamisen mallia, luotiin sähköisen hyvinvointikertomuksen malli jota pilotoidaan yli 100 kunnassa, mallinnettiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutuspaketti luottamushenkilöille ja viranhaltijajohdolle, koulutettiin ennakkoarvioinnin menetelmää ja luotiin hyvien käytäntöjen toimintamalleja. Työ jatkuu kansallisena, kaikkia Erva-alueita koskevana juurruttamishankkeena.

Toimiva terveyskeskus -ohjelmaan ei ole systemaattista seurantaan toimenpiteen toteutumisesta. Merkittävin säädösmuutos on 1.5.2011 voimaan astunut Terveystoimintalaki ja siihen liittyvät asetukset.

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta täsmentää tarpeen arvioinnin olevan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen perusta. Säädösten mukaan ensimmäiset suunnitelmat ja sopimukset on laadittava seuraavan valtuustokauden alussa eli 2012. Osa sairaanhoitopiireistä tosin laatii suunnitelman jo tänä vuonna.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- Lähtökohtaisesti oli olemassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita luova teoreettinen kehikko, johon oli mallit olemassa. Hanke lähti edelleen kehittämään, soveltamaan, arvioimaan ja mallintamaan käytäntöjä. Syntyi kokonaisuus, joka on siirrettävissä soveltaen edelleen.
- Terveystoimintalakiin on liittynyt laaja toimeenpanon aluekierros.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Hanke on kehittänyt sähköisen hyvinvointikertomuksen mallin kuntien käyttöön. Työkalun avulla tieto kuntalaisten hyvinvoinnista ja osittain myös väestöryhmäkohtaisista eroista saadaan näkyviin kuntien päätöksentekoon.

Ennakkoarvioinnin käyttöönotto tuo ratkaisujen ja päätösten vaihtoehdot myös eriarvoisuuden näkökulmasta esiin.

Ei ole mahdollista vastata. Tuskin terveydenhuoltolaki vielä on vaikuttanut.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Sosiaali- ja terveyspalveluja tulisi vastuutahojen mukaan jatkossa kehittää:

- Käyttöönoton tuella, kuten: "Käynnistää koko maata/kaikkia Erva-alueita kattava ko. käytäntöjen käyttöönoton tukihanke".
- Seurannalla, kuten: "Terveystarkastusten toteutumisen seuranta".

**TOIMENPIDE 9: Kuntoutusasiain neuvottelukunnan koordinoimana selvitetään kuntoutuksen kohdentumista ja toiminnan kehittämisessä otetaan huomioon kuntoutettavien sosioekonominen asema.**

#### **Toimenpiteen toteutuminen**

Sosiaali- ja terveysministeriön Kuntoutusasiain neuvottelukunnan käynnistämä maamme kuntoutuslaitoksia koskeva selvitystyö (Ihalainen & Rissanen 2010) on valmistunut 20.1.2010 (Rotko 2011, 112).

**TOIMENPIDE 10: Kunnat vakiinnuttavat työttömien työkykyä ylläpitävät terveystalvet käynnissä olevien kokeilujen pohjalta**

#### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointissa ehdotettuja indikaattoreita:

Valtakunnallisesti ei ole olemassa mittaria, jonka avulla työttömien terveystarkastuksia tai -palvelua voitaisiin seurata. Joillakin paikkakunnilla on luotu terveydenhuollon tietojärjestelmään oma luokka "työttömien terveystarkastus", jonka avulla toiminnan volyymia voidaan seurata terveystarkastusten osalta.

Paltamohanke ja sen arviointi ovat meneillään. Työttömien terveystalvet kehittämisestä hankkeessa arvioidaan muun muassa työterveyshuollon palvelujen tarpeen ja palvelujen käytön osalta. Lisäksi arvioidaan työterveyshuollon ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjä.

#### **Toimenpiteen toteutuminen itsearvioinnin mukaan**

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastusten osalta on liian aikaista sanoa vielä tavoitteen toteutumisesta. Syksyn 2011 aikana toteutuu STM:n rahoittama seurantatutkimus, jossa kartoitetaan tilannetta hankepaikkakunnilla vuosi hankkeen päättymisen jälkeen.

Valtakunnallisten kyselyiden (vuosina 2008 ja 2009) mukaan työttömien terveystarkastusten toteuttaminen on lisääntynyt kunnissa viime vuosina. Kyselyyn vastanneissa kunnissa koettiin, että etenkin valtionosuusmäärärahan lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin sekä PTT-hanke olivat tukeneet työttömien terveystarkastusten ja -palvelun kehittämistä.

Paltamon täystyöllisyyskokeilun 2009–2013 toteutus on hieman yli puolivälin. Hankkeen tavoite työllistää kunnan kaikki työttömät työnhakijat on lähes toteutunut. Tavoitteisiin on jossakin määrin pystytty vastaamaan. Erityisesti syrjäytymisvaarassa olevat työnhakijat ovat työllistyneet hankkeessa palkkatyöhön ja tulleet sosiaali- ja terveystalvet piiriin.

#### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Edistäneet:

- Valtionosuusmäärärahan lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin on vuodesta 2007 lähtien kaksi miljoonaa euroa vuosittain.



- Terveystarkastuslain 13 §, mukaan kunnan on järjestettävä terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia myös opiskelija- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille.
- TEM:n asettama Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut -työryhmässä hahmoteltiin toimijoiden välistä työnjakoa ja toimintatapoja.
- Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen sisältyminen useisiin kansallisiin kehittämis- ja toimenpideohjelmiin on lisännyt tietoisuutta asiasta ja tuonut sitä esille eri yhteyksissä.
- Paltamon täystyöllisyyskokeilussassa hankkeen työterveyshuoltoa ja toimintakäytäntöjä on kehitetty toimivaksi monin tavoin. Työterveyshuollon henkilöstö on kehittänyt muun muassa työkyvyn tukemisen, työkyvyn arvioinnin ja kuntoutukseen ohjautumisen toimintakäytäntöjä.

#### Estäneet:

- Valtionosuusmäärärahan lisäys ei ole aina mennyt toivottuun tarkoitukseen, ja sen seuraaminen on mahdotonta. Valtionosuusmäärärahan lisäyksen jatkuvuudesta ei tietoa tällä hetkellä?
- Aiemmin puuttunut täsmällinen lainsäädäntö siitä, kenen vastuulla työterveyshuollon ulkopuolella olevien työikäisten terveyspalvelut ovat.
- Sektorirajat ylittävistä linjauksista ja toimintakäytännöistä sopiminen on vaikeaa kaikilla hallinnon tasoilla. Työttömien terveyspalvelu edellyttää kuitenkin tällaisia linjauksia ja sektorirajat ylittäviä toimintatapoja.
- Perusterveydenhuollon niukat henkilöstöresurssit, etenkin lääkäreiden saatavuus, ja työntekijöiden vaihtuvuus.
- Työttömyyden ja terveysongelmien välinen suhde ei nouse esille perusterveydenhuollossa vaan työ- ja elinkeinohallinnossa ja sosiaalipalveluissa. Perusterveydenhuollon sitouttaminen voi olla vaikeaa, etenkin jos toiminnan ei nähdä palvelevan oman organisaation toimintaa ja tavoitteita.

#### Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen

Työttömien terveystarkastusten ja -palvelujen toteuttaminen lisää (työikäisten) terveyspalvelujen tasa-arvoa. Palvelujen kohdentaminen heikossa asemassa olevaan ryhmään voi myös pidemmällä aikavälillä osaltaan vaikuttaa terveys- ja hyvinvointierojen kaventumiseen yleisellä tasolla.

Paltamohankkeen kehittäminen ja hankkeen arviointi ovat meneillään. Alustavien tulosten mukaan hankkeen ansiosta työttömät ja pitkäaikaistyöttömät ovat päässeet terveyspalvelujen piiriin. Hankkeen lähtötason terveys- ja hyvinvointitilannetta arvioivien tutkimustulosten mukaan työttömien ja työssäkäyvien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat huomattavat. Työllistymisellä ja sen myötä terveys- ja sosiaalipalvelujen piiriin pääsyllä odotetaan olevan useita eriarvoisuutta kaventavia vaikutuksia (terveys ja hyvinvointi, taloudellinen toimeentulo, päihteiden ongelmakäyttö, osallisuus yhteiskuntaan, sosiaalinen syrjäytyminen, ennenaikainen kuolleisuus).

#### Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi

Työttömien terveyspalveluiden kehittämiseksi tulisi vastaajien mielestä jatkossa keskittyä:

- Palvelujen kehittämiseen, kuten: Terveystietokannan toimeenpanemiseksi nivoa esimerkiksi terveys-hyöty-malli ja hyödyntää aiemmat kokemukset.
- Jatkuvuuteen, kuten: "Toimintakäytäntöjen jatkuminen tulisi turvata henkilövaihdoksista huolimatta."

## **TOIMENPIDE 11: Kehitetään ja vahvistetaan maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalveluja**

### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointin ehdotettuja indikaattoreita:

- Yhtenä mittarina voidaan käyttää negatiivisten keskeyttämisten määrää, mutta tähän vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin tarjolla oleva ohjausmalli. Tulostietoa vaikutuksista keskeyttämisen määrään ei vielä ole saatavilla.
- Indikaattorina voidaan käyttää myös Tsemppari-ohjaajien vastaanottojen käyntimääriä ja käynnit ovat olleet tasaisessa kasvussa koko hankkeen ajan.

### **Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Opintojen keskeyttämistä ennaltaehkäisevät toimintamallit toimivat ja niitä kehitetään edelleen.

Helsingissä Time out! Aikalisä -toimintamallin pohjalta edelleen kehitetään toisen asteen ammattioppilaitos toimintaympäristöihin soveltuvaa varhaisen tunnistamisen ja tuen toimintamallia Tsemppari -hankkeessa. Toimintamallin tavoitteena on ennaltaehkäistä opintojen keskeyttämistä (negatiiviset keskeyttämiset) tarjoamalla nuorelle tukea oppilaitoksessa sekä ohjata keskeyttämisaarassa oleva nuori tai opinnot jo keskeyttänyt nuori tarkoituksen mukaisten palveluiden piiriin. Varsinainen arviointitiedon kerääminen toiminnasta ja toimintamallin levittäminen on käynnistymässä ja jatkuu vuoden 2012 ajan.

Itä-Lapin ammattiopistossa toimii Nuoreten Aikalisä -ohjausmalli, jossa opintojen keskeyttämisaarassa olevalle nuorelle tarjotaan tukea oppilaitoksessa soveltuvien käytäntöjen mukaisesti ja oppilaitostoimijoiden yhteistyönä. Ohjausmalli on osoittautunut kokemusten mukaan toimivaksi.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Edistäneet

- Kaste- ohjelma, Maahanmuuttopoliittinen ohjelma, terveyserojen kaventamisohjelma, terveyden edistämisen ohjelma.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Asia on noussut paremmin esille. Tietoisuutta on lisätty maahanmuuttajien tarpeista.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Vastaajien mukaan maahanmuuttajien palveluita tulisi jatkossa kehittää:

- Tuottamalla lisää tietoa, kuten: Arvioida jatkoa; integroida paremmin olemassa oleviin palveluihin vai onko tarvetta räätälöidä maahanmuuttajille erityispalveluja.
- Yhteistyöllä.

**TOIMENPIDE 12: Määritellään terveys- ja hyvinvointiosoitimet, tehdään seurannan kannalta välttämättömät rekisteritietojen yhdistämistoimet ja kehitetään sähköisiä jakelujärjestelmiä**

**Toimenpide jakaantuu:**

- Toimenpide 12.1. Määritellään seurattavat terveys- ja hyvinvointiosoitimet valtakunnallisella sekä kunta- ja aluetasolla.
- Toimenpide 12.2. Yhdistetään terveyseroseurannan kannalta välttämättömät rekisteritiedot. Ei vastauksia.
- Toimenpide 12.3. Kehitetään terveyserotietojen sähköisiä jakelujärjestelmiä.
- Toimenpide 12.4. Kehitetään väestöryhmittäisen tarkastelun mahdollistavaa alueellista terveys- ja hyvinvointikyselyä.

**Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointinissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Määrällistä, objektiivista mittaria lienee vaikea rakentaa, mutta jos toteutumisen astetta arvioidaan prosentteina, tulos olisi toimenpiteen 12.1 osalta tällä hetkellä ehkä noin 75 %. Toteutumisen astetta pienentää kuntatasoisten tietojen niukkuus sekä väestöryhmittäisen tarkastelun siirtyminen Hyvinvointikompassin myöhemmän kehitysvaiheeseen.
- Mittarina voisi käyttää esim. toimenpiteiden toteutumisen arvioitua astetta (prosentteina). Toimenpiteen 12.3. osalta tulos on 100 %.
- ATH on kansallisesti keskeinen osa terveys- ja hyvinvointieroseurantaa. Ensimmäisen vaiheen toteutus osoittaa sen toimivuuden ja jatkoa suuntaa THL:n johtoryhmän päätös joulukuussa 2011 valtakunnallisesta. Valtakunnallistaminen esitetään kahden toimialan yhteistyössä ja sillä on THL:n väestötutkimusryhmän (VTR) tuki suureksi väestötutkimukseksi kalenterissa, missä esitetään aikataulua THL:n tutkimuksille vuosille 2012–2022.

**Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Toimenpiteen tavoite on toteutunut pääosin suunnitelmien mukaisesti terveys- ja hyvinvointiosoitimien määrittelyssä. THL:n temaattisessa avainindikaattoriohjelmassa on marraskuuhun 2011 mennessä määritelty keskeisimmät terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimivuuden avainindikaattorit eri aluetasolle yhteistyössä näiden aihepiirien asiantuntijoiden ja indikaattoreiden tulevien käyttäjien kanssa. Verkkopalvelu avautuu toukokuussa 2012.

Toimenpiteen tavoite on toteutunut suunnitelmien mukaisesti sähköisten jakelujärjestelmien osalta. Vuosina 2009–2010 Terveystemme.fi -sivustolle lisättiin keskeisten syöpäsairauksien ilmaantuvuutta kuvaavat osoittimet sekä päivitettiin kuolleisuusosoittimet. Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimuksen (LATE-tutkimus) tulokset julkaistiin kesällä 2009. Raportti sisältää noin 60 osoitinta lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja terveydestä. Tulokset ovat saatavilla sukupuolen, ikäryhmän ja äidin koulutustason mukaisesti väestöryhmissä.

THL on kehittänyt väestöryhmittäistä tarkastelua suunnittelemalla ja pilotoimalla kyselyn lukuisille fokusryhmille, kuten työttömille, nuorille, ikääntyneille vuonna 2009. ATH on keskeinen osa THL:n suurista väestötutkimuksista ja THL:n johtoryhmä käsitte-

lee joulukuussa 2011 tutkimuksen valtakunnallistamisen ja vakiinnuttamista yhteensä 150 000 suomalaisen otoksella.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- INDI-ohjelman toteutuksessa tehdään tiivistä yhteistyötä Terveys- ja hyvinvointipalvelun kanssa, mm. monet avainindikaattorit löytyvät Terveys- ja hyvinvointipalvelusta, ja Hyvinvointikompassin tultaneen ainakin alkuvaiheessa viittaamaan Terveys- ja hyvinvointipalveluun terveyseroja koskevien tietojen osalta.
- ATH-tutkimuksen avulla voidaan jatkossa tuottaa useita mm. elintapoja ja koettua hyvinvointia koskevia indikaattoreita alueittain.
- "Kehitetään väestöryhmittäisen tarkastelun mahdollistavaa alueellista terveys- ja hyvinvointikyselyä" on edistänyt toimenpiteen toteutumista. ATH-tutkimuksen menetelmäkehitystyössä on kehitetty myös tulosten raportointia Terveys- ja hyvinvointi.fi -sivustolla.
- THL:n sisäinen laajapohjainen yhteistyö ja resursointi, laajat sidosryhmät myös THL:n ulkopuolella, kuten TTL, OPTULA, TK, sekä alueiden kanssa tehtävä yhteistyö, INDI-ohjelman toteutuminen ja erityisesti asian edistäminen TEROKA-hankkeen avulla/kautta. "STM:n sektoritutkimuslaitokset ja Kuntaliitto laativat ja toteuttavat soveltuvilta osin yhteistyössä järjestöjen edustajien kanssa yhteistyösuunnitelman tiedon levittämiseksi strategiselle ja käytännön tasolle kuntiin, alueille ja järjestötoimijoille" edistää Terveys- ja hyvinvointi.fi -sivuston tietojen hyödyntämistä kunnissa ja alueilla. THL:n Terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen teemapalvelu "Kaventaja" hyödyntää ja jatkojalostaa näitä tietoja.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Hyvinvointikompassi-verkkopalvelu on vasta kehitysvaiheessa, joten toistaiseksi vaikutuksia lienee niukasti. Verkkopalvelu tulee olemaan kaikille avoin, ja se on suunnattu erityisesti kunta- ja aluetason päättäjille.

Terveys- ja hyvinvointi.fi -palvelu on helppokäyttöinen ja kaikille avoin verkkopalvelu, joka parantaa terveys- ja hyvinvointierotietojen saatavuutta, käytettävyyttä ja vaikuttavuutta. Terveys- ja hyvinvointierotietojen saatavuus on otettu huomioon alusta asti verkkopalvelussa tietojen esittämisen tavoissa ja -tekniikoissa.

ATH mahdollistaa alueiden ja kuntien tietoisuuden nostamisen ja herättelyn terveys- ja hyvinvointierotista. Tieto perustelee ja legitimoii toiminnan sekä mahdollistaa toiminnan arvioinnin kohdeväestössä (evidence based policy).

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Osoittimien kehittämiseksi jatkossa on vastaajien mielestä tärkeää:

- Tuottaa tietoa eli seuranta; Koulutustietojen säännöllinen yhdistäminen keskeisiin rekistereihin ja väestötutkimuksiin.
- Kehittää toimintaympäristöä ("Moniportaista yhteistyötä tulee jatkaa").
- Resursoida toimintaa ("Saada päätös ATH:n valtakunnallisen otoksen vakiinnuttamiseksi").

- Tuottaa työkaluja ("Keinot, työkalut toimintamallit yms. tulee kehittyä, jotta toimintaa voidaan oikeaan suuntaan ohjata.")

### **TOIMENPIDE 13: Tarpeellisten erillisselvitysten määrittely ja toteuttaminen**

#### **Toimenpiteen toteutuminen itsearviointin mukaan**

Erillisselvityksissä on edetty:

Sairaalapalvelujen käytön sosioekonomisia eroja koskevaa osaa toteutetaan kahdessa osittain Suomen Akatemian rahoittamassa hankkeessa. Molemmat hankkeet ovat käynnistyneet elokuussa 2011. Ensimmäisen, konsortiohankkeen toteuttajina THL:n palvelujärjestelmätutkimus- ja terveys ja sosiaalitalouden yksiköt. Toinen hanke on Tampereen yliopiston johtama yhteistyöhanke Itä-Suomen yliopiston ja THL:n palvelujärjestelmäosaston kanssa. Hankkeeseen osallistuu Tampereen Yliopisto myös aluetieteen yksikkö, Itä-Suomen yliopisto ja THL Toimenpiteessä kuvattu aineisto on tarkoitus muodostaa yhteistyössä ko. hankkeissa.

Terveydenhuollon keinoin estettävissä olevasta kuolleisuudesta käynnistettiin vuonna 2011 hanke osittain Suomen Akatemian hankerahoituksen turvin. Aineisto on muodostettu ja ensimmäiset pääosin metodiset raportit ovat valmistuneet. Hanke toteutetaan THL:ssä.

Lasten ja nuorten väestöryhmittäistä terveysseurantaa kehittävä hanke (LATE) on toteutunut hyvin ja hankkeesta on syntynyt tietoa ja tuotteita ennalta arvioitua enemmän. LATE –hankkeessa on tehty suunnitelma lasten terveyttä ja hyvinvointia kuvaavien tietojen keruusta suoraan potilastietojärjestelmistä. LATE-aineistosta on valmisteilla lasten ja lapsiperheiden terveyseroja kuvaava raportti.

LATE on toimittanut menetelmäkäsikirjan lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon käyttöön. Käsikirja ohjeistaa terveystarkastuksiin kuuluvien keskeisten mittausten, tutkimusten ja arviointien suorittamisen ja tulosten tulkinnan.

#### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointinissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Kysymyksessä ovat erillistutkimukset, jotka paikkaavat sosioekonomisia terveys-eroja koskevien tietojen puutteita. Käsitykseni mukaan ei ole tarkoituksenmukaista kehittää erillistä mittaria tällaiseen tarkoitukseen.
- LATE-tulosta voitaisiin mitata lasten terveyseroista olemassa olevan tiedon määrällä. Hankkeen myötä on julkisesti Terveystemme portaalista löydettävissä tietoa, jota aiemmin ei ole ollut saatavilla.

#### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Estäneet

- Rakenteisten tietojen käyttöönottoa järjestelmissä on viivästyttänyt itse KanTa-hankkeen hidaskäynnistyminen ja monimutkaiset prosessit luokitusten määrittelyssä ja hyväksyttävissä koodistopalvelussa. Lisäksi terveysseurannan jatkokehittämisestä on hidastanut laki sähköisen potilaskertomusarkiston käytöstä, joka toistaiseksi kieltää tietojen luovuttamisen tilastotarkoituksiin. Lisäksi sähköisen potilaskertomuksen ydintietoihin ei lopulta hyväksytty tietoja (esim vanhempien ammatti tai koulutus), joilla voitaisiin määritellä perheen sosioekonomista statusta.

- Muutoin hanke on toteutunut hyvin ja hankkeesta on syntynyt tietoa ja tuotteita ennalta arvioitua enemmän.
- Hankkeet on jouduttu toteuttamaan yhteisrahoitteisina ja niiden käynnistyminen on riippunut ulkopuolisen tavanomaisin järjestelyin kilpaillun rahoituksen saamisesta. Tämä on viivästyttänyt hankkeita sekä tehnyt niiden käynnistämisen epävarmaksi.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Hankkeen myötä on saatu täysin uutta tietoa erityisesti pienten lasten sosioekonomisista terveys- ja hyvinvointieroista. Tällaista valtakunnallista tietoa ei aiemmin ole ollut saatavilla.

Hankkeen aikana toimitettu menetelmäkäsikirja yhdenmukaistaa lasten terveydentilan seuranta ja lasten ja lapsiperheiden ehkäisevien terveyspalvelujen sisältöä ja toteutumista.

Hankkeet ovat vasta käynnistyneet Näiden tutkimushankkeiden vaikutukset tulevat parhaimmillaankin olemaan epäsuoria, mutta voivat onnistuessaan suunnata terveystoimittisia toimenpiteitä vaikuttavampaan suuntaan.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Toimintaohjelman vastuuhenkilöiden mielestä erillisselvitysten toteuttamiseksi tulisi jatkossa keskittyä seuraaviin asioihin:

- Tiedon jalostamiseen: Rakenteiset tietomäärittelyt pitäisi saada luokitteluiksi koodistopalvelimelle.
- Lainsäädäntöön, lakia pitäisi saada muutetuksi siten, että sähköistä potilaskertomusarkistoa voitaisiin hyödyntää väestöryhmittäisessä terveysseurannassa.
- Menetelmiin; kaikessa valtakunnallisessa tiedonkeruussa pitäisi huomioida se näkökulma, että tiedot olisivat saatavissa myös väestöryhmittäin.
- Tulisi siirtyä entistä enemmän selittävään tutkimukseen ja myös pyrkiä kehittämään interventiotutkimusta ja tutkimuksellisia lähestymistapoja interventioiden arvioimiseen.

### **TOIMENPIDE 14: Jatketaan ja vahvistetaan terveyserotutkimusta sekä kehitetään terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arviointia**

Toimenpide jakaantuu:

- Toimenpide 14.1. STM:n sektoritutkimuslaitokset sekä yliopistot jatkavat ja vahvistavat terveyserotutkimusta.
- Toimenpide 14.2. THL kehittää terveyserot huomioon ottavaa vaikutusten arviointia.
- Toimenpide 14.3. Suomen Akatemia sisällyttää terveyserot vuonna 2009 käynnistävän Kansanterveyden haasteet (SALVE) -tutkimusohjelmaan sekä valmisteilla olevaan Lasten hyvinvointi ja terveys -tutkimusohjelmaan. Ei vastauksia.

### **Indikaattorien kuvaama toteutuminen**

Itsearviointissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Tuoreen kunnanjohtajakyselyn mukaan joka kolmannessa kunnassa on käytetty ennakoarviointia ainakin joillakin toimialoilla.

- Tämä ei kuitenkaan kerro mitään käytetyn ennakoarvioinnin vaikutusten mahdollisesta tarkastelemisesta/kohdistumisesta sosioekonomisiin väestöryhmäeroihin.
- Terveyseroihin kiinnitetään huomiota Kainuun maakunnan ja Espoon ennakoarvioinneissa.

### **Toimenpiteen toteutuminen itsearvioinnin mukaan**

Terveyserotutkimuksen vahvistamisen tavoitteen toteutumista on vaikea arvioida. Useita tutkimuksia jatkuu ja uusia on aloitettu ohjelmakaudella. Terveyserotutkimus on melko laaja käsite; ensin pitäisi määritellä, mitä kaikkea tutkimusta tässä yhteydessä tarkoitetaan.

Tutkimusten kokoamiseksi ei kuitenkaan ole luotu mitään järjestelmää. Koska Teroka-ryhmä on luonut uutta Kaventaja-sivustoa, [www.teroka.fi](http://www.teroka.fi)-sivustoa ei ole juuri päivitetty ja tämä asia on jäänyt tekemättä muiden kiireiden takia. Kaventaja-sivustolle näitä voitaisiin jatkossa kerätä, jos katsotaan tarpeelliseksi ja osoitetaan tehtävään resurssit ja vastuutaho.

Ennakoarviointi on hitaasti vahvistumassa, mutta terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arvioinnista ei ole olemassa seurantatietoa. Sosioekonomiset väestöryhmät otettu mukaan THL:n edistämään ennakoarvioinnin malliin, mutta mallin leviämisestä ei ole tietoa. Terveyserot huomioonottavaa vaikutusten arviointia on kehitetty THL:ssä (aiemmin Stakesissa) vuodesta 2006. Tämän kehitystyön myötä Kainuussa otettiin käyttöön Suomen ensimmäinen malli terveyserot huomioonottavasta ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarvioinnista lautakuntapäätöksissä (IVA+).

Raportti Stakesissa vuonna 2008 käynnistetyistä terveyserot huomioonottavasta vaikutusten arvioinnin pilotista Kainuussa julkaistiin keväällä 2010. Pilotissa selvitettiin Kaajanin paperitehtaan lakkauttamiseen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutuksia jälkikäteisarviointina.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

#### **Edistäneet**

- Kansalliset säädökset, painotukset ja rahoitus:
- Terveystieteiden laaki pykälän 11 mukaan kunnan on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin ja 12 § velvoittaa kuntia, sairaanhoitopiirejä ja yhteistoiminta-alueita sosiaalisten ja terveysvaikutusten arviointiin päätöksenteon valmisteluvaiheessa.
- Kansallinen KASTE-ohjelma painottaa sekä vaikutusten ennakoarviointia että terveyserojen kaventamista ja tarjoaa näihin hankerahoitusta.
- Hallitusohjelma: Hallitus kaventaa tulo-, hyvinvointi- ja terveyseroja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

#### **Estäneet**

- Ei olemassa järjestelmää, josta näitä voisi poimia systemaattisesti, ei vastuuhenkilöä, tehtävä priorisoitu vähäiseksi muiden joukossa.
- THL:n fuusio on hämmentänyt organisaatiota ja henkilöstö jakautunut useisiin uusiin yksiköihin, jolloin tämä kehittämistyö on jäänyt vähemmälle painoarvolle. Sa-

maan aikaan ennakoarvioinnin (IVA) tutkimukselta, kehittämiseltä ja tuelta on vähennetty huomattavasti resursseja THL:ssä.

- Lukuisat muut ennakoarvioinnit kilpailevat THL:n mallin kanssa. Näissä muissa ennakoarvioinneissa ei välttämättä eriarvoisuus ole niin merkittävästi esillä.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Terveyserotutkimuksen kokoaminen/listaaminen olisi hyvä asia, mutta suurta merkitystä sillä ei suoraan ole erojen kaventamiseen. Tärkeintä olisi ehkä nähdä, miltä alueilta tutkimustietoa puuttuu (tämä on asiantuntijoiden tiedossa ilman koontiakin). Erityisesti puuttuu toimivien keinojen arviointia.

Tärkeämpää olisi tietenkin saada terveyserotutkimuksen tulokset käyttöön ja hyödynnetyksi. Kaventaja-sivusto pyrkii osaltaan juuri tähän, siltä osin kuin tieto uusista tutkimustuloksista tulee toimituksen tietoon. Systemaattinen toimintatapa tämän toteuttamiseksi pitäisi kuitenkin rakentaa/määritellä (ainakin THL:ssä, TTL, ym.). Tutkitun tiedon laajempi hyödyntäminen auttaisi pitkällä tähtäimellä erojen kaventamispyrkimyksissä.

Toimenpide ei ole vaikuttanut vielä mitenkään. Terveyserot huomioon ottava vaikutusten ennakoarviointi pitäisi saada huomattavasti nykyistä laaja-alaisemmin käyttöön. Rakenteiden ja toimintatapojen muuttaminen on hidasta, mutta oikean suuntaiset toimet mahdollistavat eriarvoisuuden huomioon ottamisen jatkossa, joka toivottavasti näkyy joskus myös terveyserojen kaventumisena.

Liian aikaista sanoa vielä, parantaa päätöksentekoa tuottamalla tietoa eri väestöryhmiin kohdistuvista vaikutuksista.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Vaikutusten arvioinnin tukemiseksi pitäisi vastaajien mukaan jatkossa keskittyä:

- Kulttuurinmuutokseen, kuten pitäisi rakentaa/määritellä systemaattinen toimintatapa terveyserotutkimuksen tulosten hyödyntämiseksi päätöksenteossa ja asiakokonaisuuden valtavirtaistaminen THL:n sisällä.
- Resursseihin: Resursseja ennakoarvioinnin (IVA) tutkimukseen, seurantaan, kehittämiseen ja tukeen.
- Menetelmäkehittämiseen: Terveyserotutkimusta tulee suunnata erityisesti toimivien kaventamiskeinojen arviointiin.

**TOIMENPIDE 15: STM:n sektoritutkimuslaitokset ja Kuntaliitto laativat ja toteuttavat soveltuvilta osin yhteistyössä järjestöjen edustajien kanssa yhteistyösuunnitelman tiedon levittämiseksi strategiselle ja käytännön tasolle kuntiin, alueille ja järjestötoimijoille**

### **Indikaattoreiden kuvaama toteutuminen**

Itsearvioinnissa ehdotettuja indikaattoreita:

- Ei ole, palaute julkaisujen vastaanottamisesta antaa viitteitä hyödyllisyydestä.
- Kaventaja-verkkopalvelussa on Google Analytics-kävijäseurannan mukaan kuukausittain noin 1 200 yksilöityä kävijää.



### **Toimenpiteen toteutuminen itsearvioinnin mukaan**

Toimenpiteen tavoite on toteutunut, on perustettu yhteistyöryhmä, julkaistu tukiaineistoa ja Kaventaja-verkkopalvelu:

THL ja Kuntaliitto ovat perustaneet yhteistyöryhmän, jossa on pohdittu ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ja esitelty hyviä käytäntöjä. Yhteistyössä ovat olleet myös alan oppilaitokset ja koulutuksen järjestäjät.

Johtamisen tukiaineisto ja Tieto tukiaineisto valmistuneet, Osaaminen ja Talous -julkaisut työn alla.

THL on avannut hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen teemoja käsittelevän verkkopalvelun Kaventajan toukokuussa 2011.

### **Toimenpidettä edistäneitä ja estäneitä asioita**

Estäneet

- Voimavaroja ei ole laajaan yhteistyöhön ja hyvien käytäntöjen kierrätykseen.

### **Toimenpiteen vaikutus eriarvoisuuden kaventumiseen**

Julkaisut jäsentäneet hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ilmiötä ja toteutusta kuntatyössä. Tuo esiin eriarvoisuuden problematiikka strategisena painoalueena ja toiminnan kohteena kuntatyössä.

Kaventaja-verkkopalvelu on vasta puoli vuotta vanha, joten konkreettinen vaikuttavuus on vaikea sanoa. Asiaa voidaan selvittää myöhemmin mm. käyttäjäkyselyiden avulla.

### **Mitä seuraavaksi pitäisi tehdä teeman toteutumiseksi**

Järjestöyhteistyön kehittämiseksi jatkossa tulisi vastaajien mielestä saada:

Resursseja:

- pitäisi allokoida tähän toimintaan lisää resursseja
- pitäisi vahvistaa terveyserojen ja niiden sosiaalisten determinanttien tutkimusta, seurantaa ja arviointia ja sekä kaventamistoimien tietopohjaa

Työkaluja:

- tärkeää on verkkopalvelun edelleen kehittäminen ja tunnetuksi tekeminen.